

Rivista Scientifica

Igiene e Sanità Pubblica

*fondata nel 1945 da Gaetano Del Vecchio
già diretta da Gaetano e Vittorio Del Vecchio*



*Custodit vitam qui custodit sanitatem
Sed prior est sanitas quam sit curatio morbi
(Flos Medicinae Scholae Salerni)*

ESTRATTO

in formato elettronico autorizzato dagli Autori e dall'Editore

A. Boccia, P. Villari, A.P. Barone , L. Manzoli

**Il ruolo dell'ospedale nella gestione dell'assistenza
integrata ai tossicodipendenti ed ai soggetti a rischio:
un'esperienza dell'azienda policlinico Umberto I di Roma**

Periodico bimestrale

Volume LVII - N. 4 - Luglio / Agosto 2001

IgSanPubbl - Issn 0019-1639

www.igiene.org

Editoriale

La Globalizzazione e la Sanità Pubblica	289
---	-----

Parte Scientifica e Pratica

A. Boccia, P. Villari, A.P. Barone, L. Manzoli Il ruolo dell'ospedale nella gestione dell'assistenza integrata ai tossicodipendenti ed ai soggetti a rischio: un'esperienza dell'azienda policlinico Umberto I di Roma	297
E. Prospero, R. Appignanesi, S. Cimica, R. Rotili, M.M. D'Errico Analisi epidemiologica dell'AIDS nella regione Marche (1984-1998)	347
F. Vaia, G. Gemelli, S. Iannazzo, S. Petti Prevalenza di epatite B in un campione di adulti di 25-64 anni di Roma	359
E. Bianco, I. Richichi, B. Adamo, G. Poda, R. Bonetti, P. Beltrami, M. Cova, V. Wenzel, A. Simonetti, P. Ragni Studio di conoscenza e pratica sulle misure di prevenzione della trasmissione di patogeni ematici in odontoiatria in due regioni italiane	369

Note di Storia dell'Igiene

R. Bucci 1945: anno di sfide e di ricostruzione (ed anno di nascita della rivista scientifica "Igiene e Sanità Pubblica")	377
--	-----

Note di Approfondimento

A. Brenna Importanza della cultura economica per gli operatori di sanità pubblica	381
C. Meloni, R. Marchetti, C. Marena, M. Garavani Impianti di trattamento e stoccaggio definitivo dei rifiuti e salute pubblica: la stima del rischio di danno alla salute umana negli studi di impatto ambientale	393

Note di Aggiornamento

A. De Martino Linee-guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati	407
Libri	415

Il ruolo dell'ospedale nella gestione dell'assistenza integrata ai tossicodipendenti ed ai soggetti a rischio: un'esperienza dell'azienda policlinico Umberto I di Roma^()*

Antonio Boccia⁽¹⁾, Paolo Villari⁽¹⁾, Anna Patrizia Barone^(1,2), Lamberto Manzoli^(1,3)

⁽¹⁾ Sezione di Igiene, Dip. di Medicina Sperimentale e Patologia, Università La Sapienza di Roma

⁽²⁾ Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università Tor Vergata di Roma

⁽³⁾ Scuola di Specializzazione in Igiene e Sanità Pubblica, Università di Bologna

Parole chiave: Tossicodipendenza; Dipartimento di Emergenza; Assistenza integrata.

Key words: Drug abuse; Emergency Department; Integrated health care.

Riassunto

Introduzione. È noto che il soggetto abusatore di droga, alcool o farmaci, durante il suo percorso di consumatore di sostanze psicoattive, ha un'elevata probabilità di incontrare una o più strutture ospedaliere a causa di patologie alcool/droga-correlate (sindrome d'astinenza, overdose o intossicazione acuta, malattie infettive, etc.), o di altre situazioni cliniche acute (ad esempio, traumi). Di fronte a queste richieste l'Ospedale deve saper rispondere non solo in termini di diagnosi e terapia dell'evento intercorrente, ma anche di orientamento verso le più idonee strutture di riabilitazione e di recupero, approfittando della condizione di "vulnerabilità" che spesso caratterizza l'accesso ad un Pronto Soccorso e che può costituire una straordinaria opportunità sia per attuare interventi di prevenzione sia per avviare un iter terapeutico e/o riabilitativo. Gli autori riportano nel presente lavoro i risultati del progetto di ricerca *Intervento integrato di accoglienza, trattamento, orientamento ed indirizzo per tossicodipendenti e soggetti a rischio*, oggetto di una convenzione stipulata tra la Sezione di Igiene del Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia dell'Università di Roma La Sapienza, il Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri ed il MURST. Il progetto propone un modello che assegna all'Ospedale un ruolo significativo nella cosiddetta "rete integrata di servizi" che, come è noto, rappresenta il paradigma attuale del sistema di assistenza ai tossicodipendenti.

^(*) La presente ricerca si è svolta nell'ambito di una Convenzione avente per oggetto *Intervento integrato di accoglienza, trattamento, orientamento ed indirizzo per tossicodipendenti e soggetti a rischio*, stipulata tra il Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, il Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri e il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia (Sezione di Igiene) dell'Università degli Studi La Sapienza di Roma. Hanno operato nell'ambito della Convenzione, rendendo così possibile la ricerca: *Unità di Igiene e di Organizzazione Sanitaria* - Antonio Boccia (coordinatore), Anna Patrizia Barone, Maria De Giusti, Lamberto Manzoli, Carla Perria, Alessandra Tassoni, Paolo Villari; *Unità Internistica* - Giuliano Bertazzoni (coordinatore), Annamaria Littera, Berardina Valerii, Pasquale Staropoli, Giancarlo Aguglia, Benita Potente; *Unità Tossicologica* - Paolo Nencini (coordinatore), Maria Caterina Grassi, Aldo Badiani, Manuela Graziani, Letizia Antonilli, Roberto Marusso, Anna Colletta, Daniela Del Duchetto, Francesca Pisetky, Carmen Suriano; *Unità Psichiatrica* - Roberto Tatarelli (coordinatore), Iginia Mancinelli, Vittorio Digiacomantonio, Fiamma Vassallo. A tutti va l'ampio riconoscimento ed il vigoroso ringraziamento degli estensori del lavoro.

I risultati della ricerca sono stati presentati e discussi nel corso del Convegno Nazionale "Ospedale e Territorio", tenutosi a Roma presso la Sala del Cenacolo di Montecitorio il 6 dicembre 2000 con il patrocinio della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dei Ministeri della Sanità e dell'Università e degli Assessorati Regione Lazio per le Politiche della Salute e per le Politiche per la Famiglia, Infanzia e Servizi Sociali.

Metodi. Il modello utilizzato prevede la costituzione di un team multidisciplinare composto da internisti, psichiatri e psicologi, tossicologi, nutrizionisti, assistenti sociali ed igienisti, sensibilizzati e formati in modo specifico all'approccio ed alla valutazione dei soggetti con problemi di abuso/dipendenza da alcool, droghe e farmaci, giunti per qualunque motivazione al Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA). I pazienti, sottoposti a ricovero in caso di necessità, sono successivamente indirizzati, sulla base della valutazione del team di specialisti, verso le strutture operanti sul territorio nel campo della tossicodipendenza (Dipartimento di Igiene Mentale, Ser.T., Comunità Terapeutiche, Alcolisti Anonimi, etc.).

Risultati. Nel biennio 1998-2000 sono stati inclusi nel progetto 453 soggetti, per un totale di 499 accessi al DEA del Policlinico *Umberto I* di Roma. In base alla sostanza usata più frequentemente i soggetti reclutati sono stati classificati in 6 gruppi: *alcool* (41,5%), *eroina* (17,2%), *poliabuso* (15,2%), *soggetti a rischio* (10,7%), *farmaci* (9,7%) e *cocaina* (4,6%), con la precisazione che nella categoria *soggetti a rischio* sono stati inclusi gli individui con assunzione occasionale di sostanze psicoattive o con anamnesi di pregressa dipendenza. Il campione di individui reclutati ha mostrato alcune caratteristiche omogenee in tutti i gruppi, come ad esempio il sesso (prevalentemente maschile), l'età (intorno ai 30 anni, con l'eccezione degli alcolisti, di età media pari a 44 anni), la scolarità (generalmente bassa), l'occupazione (prevalentemente disoccupati), il codice di gravità (prevalentemente "verde" o "giallo"), la bassa età di inizio dell'uso di sostanze psicotrope (18-25 anni), l'elevata frequenza di ricovero in ospedale (più del 50% dei casi) e uno stato nutrizionale per lo più nella norma. La variabile *compliance al trattamento*, considerata dal gruppo di ricerca indicatore indiretto di una predisposizione positiva dei soggetti inclusi nel progetto nei confronti dell'intervento integrato di assistenza proposto, è risultata generalmente elevata, in quanto più del 70% dei soggetti ha mostrato la piena disponibilità a seguire le indicazioni del gruppo di ricerca. Le variabili che influiscono in modo significativo sulla *compliance* al trattamento sono risultate, in modelli di regressione logistica multipla, lo stato di non disoccupazione e soprattutto la coscienza del proprio stato di malattia.

Conclusioni. I risultati ottenuti sembrano indicare con sufficiente chiarezza che il coinvolgimento del Dipartimento di Emergenza e Accettazione nella rete integrata di servizi per i tossicodipendenti, oltre al valore epidemiologico di raccolta dei dati su questo tipo particolare di utenza, rappresenta un punto centrale per l'inserimento degli stessi nella rete di servizi di recupero e terapia. In particolare i dati sulla *compliance al trattamento* sembrano confermare che la condizione di vulnerabilità che spesso caratterizza l'accesso ad un Pronto Soccorso può rappresentare nei soggetti che fanno uso/abuso di droghe, alcool o farmaci il momento di apertura di una "finestra terapeutica" in grado di innescare un circolo virtuoso che porti al raggiungimento di importanti traguardi terapeutici e preventivi. Gli Autori concludono con alcune riflessioni sulla organizzazione dell'assistenza ai tossicodipendenti, sottolineando, tra l'altro, il ruolo centrale nel sistema di assistenza svolto dai Ser.T., che devono avere tuttavia l'ospedale ed i servizi di Pronto Soccorso come interlocutori privilegiati. Le difficoltà che si incontrano nell'attuazione di collegamenti stabili tra ospedale e servizi operanti sul territorio richiedono tuttavia la dislocazione stabile presso le strutture ospedaliere di emergenza di personale in servizio presso i Ser.T., finalizzata al raggiungimento di connessioni efficaci con i numerosi servizi pubblici e privati operanti nel settore.

Summary - The role of the hospital in the integrated health care of drug addicts and at-risk subjects: the experience of the Azienda Policlinico Umberto I in Rome

Introduction. It is well known that drug-abuse subjects, alcoholists, or individuals misusing pharmaceuticals, during their history as psychoactive substance consumers, are very likely to come across one or more hospital facilities, on account of alcohol/drug-related diseases (withdrawal syndrome, overdose, acute poisoning, infectious diseases, etc.), or because of other acute clinical conditions (e.g. trauma). On these occasions, the hospital should not reply exclusively in terms of diagnosis and therapy of the immediate episode, but also in terms of steering these subjects towards

the most competent community services, taking advantage of the vulnerability that often accompanies the access to an emergency department. This vulnerability may represent an important opportunity either to realize preventive intervention or to start a therapeutic and rehabilitative path. In the present paper the authors report the results of the research project "An integrated approach for reception, treatment, and prevention for drug-addicts and at-risk subjects", object of an agreement drawn up by the Hygiene Section of the Department of Experimental Medicine and Pathology of the University of Rome "La Sapienza", the Department of Social Affairs of the Presidency of the Minister Council and the MURST. The project proposes a model which assigns to the hospital a significant role in the so called "integrated network of services", which represents the current pattern of the health care for drug addicts.

Methods. The project took place in the emergency department of the Azienda Policlinico Umberto I of Rome. All subjects with direct or indirect signs of alcohol and drug abuse were evaluated by a multidisciplinary team formed by specialists in internal medicine, psychiatrists and psychologists, toxicologists, nutritionists, social assistants and public health specialists. The patients were hospitalized in case of need and, after the assessment by the specialists' team, were sent to the existing community services (alcoholics anonymous associations, therapeutic communities, Ser.T., mental health centers, etc.).

Results. In the period 1998-2000, 453 subjects were recruited in the project, for a total of 499 accesses to the emergency department. According to the most frequently used substance, subjects have been classified in 6 groups: *alcohol* (41.5%), *heroin* (17.2%), *polyabuse* (15.2%), *at-risk subjects* (10.7%), *pharmaceuticals* (9.7%) and *cocaine* (4.6%). *At-risk subjects* include both occasional psychoactive substance consumers and ex-addicts. The sample showed several features homogeneous in all groups, such as, for instance, gender (male, for the most), age (around 30 years, with the exception of alcoholists, aged 44 on average), schooling (generally low), occupational status (mostly being unemployed) and severity code (usually "green" or "yellow"). The age of beginning of substance abuse was generally low (18-25 years), whereas the frequency of admission to the hospital was generally high (more than 50% of cases). Subjects on average showed a good nutritional status. The compliance to the treatment, that should be perceived as a full willingness to follow the research team's suggestions, was high (more than 70%). The compliance increased significantly, in a multiple logistic regression model, if subjects had a regular job and were aware of their disease condition.

Conclusions. The results of this study indicate that the involvement of the hospital emergency department within the integrated network of services for drug-addicts is an effective tool to initiate interventions. Specifically, data on the compliance to the treatment seems to confirm that the vulnerability which often accompanies the access to the emergency department may represent the occasion for the opening of a "therapeutic window" for drug-abuse subjects, alcoholists, and individuals misusing pharmaceuticals. Such opening may then trigger a virtuous circle, leading to important therapeutic and preventive results. The authors conclude with some considerations on the organization of the health care for drug-addicts, outlining the central role inside the network of SerTs, which, however, should include hospitals and emergency services among their preferential partners. The steady dislocation of Ser.T. personnel inside the hospital emergency services is likely to achieve effective and stable connections between the hospital and the community services.

Resumé – Le rôle des hôpitaux dans le cadre de l'assistance intégrée aux toxicomanes et aux sujets à risque: le cas de l'Hôpital Umberto I à Rome

Introduction. Au cours de leur état de toxico-dépendance, les sujets qui abusent de drogue, d'alcool et de médicaments, sont susceptibles d'être hospitalisés à plusieurs reprises à cause des pathologies liées à l'alcool ou aux drogues (syndrome d'abstinence, overdose, empoisonnement aigu, maladies infectieuses etc.), ainsi qu'à d'autres conditions aiguës (par exemple les traumatismes). Dans ces cas là, les hôpitaux ne devraient pas seulement fournir des diagnostics et des thérapies, mais ils devraient aussi fournir des services de consultations pour adresser leurs patients aux structures sanitaires de récupération et de réhabilitation, profitant ainsi de l'occasion de mener des traitements

de prevention et, en même temps, d'entamer des thérapies de réhabilitation. Les auteurs ont rapporté les résultats d'une recherche nommée: "Une approche intégrée pour l'acceptation, le traitement et la prevention des drogués et des sujets à risque". Cette étude découle d'un accord entre la Section d'Hygiène du Département de Médecine Expérimentale et de Pathologie de l'Université de Rome "La Sapienza"; le Département des Affaires Sociales auprès de la Présidence du Conseil des Ministres; et le MURST. Selon ce projet, les hôpitaux jouent un rôle très important dans le cadre de ce qu'on appelle "le réseau intégré des services", qui représente le modèle couramment adopté pour les services sanitaires fournis aux toxicomanes.

Méthodes. Cette étude a été menée dans le cadre des urgences de l'Hôpital Umberto I à Rome. Tous les sujets qui, tant directement qu'indirectement, présentaient des symptômes d'abus de drogue, ont été évalués par un groupe de professionnels de médecine interne, psychiatres et psychologues, toxicologues, nutritionnistes, assistants sociaux et spécialistes de santé publique. Les patients, qui en cas de besoin étaient hospitalisés, après avoir été évalués par le groupe de spécialistes, étaient adressés aux différents services sanitaires de communauté (les associations des alcooliques anonymes, les communautés thérapeutiques, les Ser.Ts, les centres de santé mentale etc.).

Résultats. Entre 1998 et l'an 2000, sur 499 patients qui ont été acceptés aux urgences de l'Hôpital Umberto I à Rome, 453 d'entr'eux ont été inclus dans cette étude. Les sujets ont été divisés en 6 groupes, selon la substance dont ils faisaient l'usage: alcool (41,5%), héroïne (17,2%), polyabuse (15,2%), sujets à risque (10,7%), médicaments (9,7%) et cocaïne (4,6%). Les sujets à risque comprennent tant les usagers occasionnels de substances psychoactives que les anciens toxicomanes. L'échantillon a montré des caractéristiques homogènes dans tous les groupes: genre (principalement des mâles); âge (environ de 30 years, à ceci près des alcooliques qui avaient en moyenne 44 ans); éducation (généralement d'un bas niveau), condition d'emploi (principalement des sans-travail) et code de gravité (normalement "vert" ou "jaune"). L'âge de début était en général assez jeune (18-25 ans), tandis que la fréquence de l'hospitalisation était assez élevée (plus que 50% des cases). En moyenne, les sujets montraient un état nutritionnel assez bon. La 'compliance' au traitement – qui doit être perçue comme la volonté du patient de suivre les avis de l'équipe de recherche – était elle aussi élevée (plus que 70%). Dans le cadre d'un modèle de régression logistique multiple, la 'compliance' augmentait si les sujets avaient un travail régulier et s'ils étaient conscients de leur condition pathologique.

Conclusions. Inclure les urgences hospitalières dans le cadre du réseau des services sanitaires offerts aux toxicomanes, semble une solution efficace tant pour entamer des thérapies et des traitements de récupération, que pour collecter des données relatives à ce genre de pathologies. En l'occurrence, les données concernant la "compliance" du patient au traitement, semblent confirmer que la vulnérabilité des patients au moment de l'acceptation aux urgences peut représenter une opportunité pour ouvrir des "fenêtres thérapeutiques" vis à vis des toxicomanes, des alcooliques et de ceux qui abusent des médicaments. Cela peut à son tour entamer un cercle vertueux susceptible de fournir des importants résultats thérapeutiques et de prevention. L'étude se termine avec quelques remarques sur l'organisation des services sanitaires aux toxicomanes, mettant en évidence le rôle joué par les Ser.Ts qui devraient inclure les hôpitaux et les urgences parmi leurs partners principaux. Un constant déplacement du personnel des Ser.Ts à l'intérieur des urgences hospitalières peut bien augmenter les liens entre les hôpitaux et les services de communauté.

Zusammenfassung – Rolle des Krankenhauses zum integrierten Beistand von Drogen- und anderen Süchtigen: Erfahrungen im Poliklinikum Umberto I Roms

Einführung. Alle Süchtigen, ob auf Drogen, Alkohol oder Arzneimittel, kommen im Laufe der Zeit ihres Gebrauches von psychoaktiven Substanzen, auf Grund von Alkohol/Drogen bedingter Pathologien (Abstinenz-, Overdose- oder Vergiftungs-Syndrome, Infektionskrankheiten), oder anderer akuter klinischer Zustände (z.B. Trauma), früher oder später mit Krankenhausstrukturen in Berührung. Das Krankenhaus muß nicht nur zur Diagnose und Therapie, sondern auch zur Orientierung in die am besten geeigneten Rehabilitations- und Wiederherstellungs-Strukturen,

vorbereitet sein. Das heißt es muß der Umstand der „Schwäche“ des Einlieferungszustandes in die Erste Hilfe wahrgenommen werden, da er eine außergewöhnliche Gelegenheit zu therapeutischen und/oder rehabilitativen Vorbeugungseingriffen darstellt. Die Verfasser stellen die Ergebnisse des Studienprojektes *Integrierter Eingriff bei Aufnahme, Behandlung, Orientierung und Richtweisung für Drogen- und andere Süchtige* vor, das Objekt eines Abkommens zwischen der Hygienesektion des Departements Versuchsmedizin und Pathologie der Universität „La Sapienza“ Rom, dem Departement Sozialhilfe des Vorsitzes des Ministerrats und dem MURST ist. Das Projekt schlägt ein Modell vor, das dem Krankenhaus eine bedeutende Rolle im sogenannten „Integrierten Netz der Dienstleistungen“ anweist das, wie bekannt, das aktuelle Paradigma im System der Hilfeleistungen der Drogensüchtigen darstellt.

Methoden. Das verwendete Modell sieht die Einrichtung eines, aus verschiedenen Disziplinen, wie Internisten, Psychiater, Psychologen, Toxikologen, Ernährungswissenschaftler, Sozialhelfer und Hygieniker zusammengesetzten Teams vor, alle sensibilisiert und spezifisch vorbereitet auf Erkennung und Beurteilung von Personen mit Drogen- Alkohol- und Arzneimittelmißbrauch/ Abhängigkeit, die aus irgendwelchen Gründen mit dem Departement für Not- und Aufnahmefälle (DEA) in Berührung kommen. Die Patienten, mit oder ohne Krankenhausaufnahme, werden danach, je nach Beurteilung des Spezialistenteams, in die relativen Strukturen eingewiesen (Departement für Geisteskranke, Assistenzstellen für Drogensüchtige (Ser.T.), Therapeutische Gemeinschaften, Alkoholisierten-gemeinschaften, usw.).

Ergebnisse. In den Jahren 1998-2000 wurden im Projekt 453 Personen registriert, mit einer Gesamtzahl von 499 Aufnahmen in die DEA des Poliklinikums Umberto I von Rom. Die Patienten wurden nach den am häufigsten gebrauchten Substanzen in 6 Gruppen gegliedert: Alkohol (41,5%), Heroin (17,2%), Polyabhängigkeit (15,2%), Risikofälle (10,7%), Arzneimittel (9,7%), Kokain (4,6%), dabei muß gesagt werden, daß in der Gruppe Risikofälle alle diejenigen, mit nur gelegentlichen oder früheren Kontakten mit psychoaktiven Substanzen, eingeschlossen wurden. Dabei zeigten alle Gruppen homogene Eigenschaften, wie z. B. Geschlecht (hauptsächlich männlich), Alter (um die 30 Jahre, mit Ausnahme der Alkoholisten, die im Durchschnitt ungefähr ein Alter von 44 Jahren aufweisen), Schulbesuch (normalerweise niedrig), Arbeit (in der Regel Arbeitslose), Gravitätskodex (hauptsächlich „grün“ oder „gelb“), Anfangsalter (18-25 Jahre), Mehrvorkommen von Krankenhauseinweisungen (in mehr als 50% der Fälle) und einen mehr oder weniger normalen Ernährungszustand. Die Bereitschaft zur „Mitarbeit“, von der Studiengruppe als indirekter Anzeiger einer positiven Veranlagung gewertet, war normalerweise ziemlich hoch, da mehr als 70% der Patienten mehr als bereit waren die Anweisungen der Studiengruppe zu befolgen. Was die Bereitschaft zur „Mitarbeit“ an der Therapie betrifft, wurde festgestellt, daß sie von der Nichtarbeitslosigkeit und vor allem vom Verständnis des eigenen Krankheitszustandes ganz besonders beeinflußt wird.

Schlußfolgerungen. Die Ergebnisse scheinen ziemlich klar anzuzeigen, daß die Miteinbeziehung des Departements für Not- und Aufnahmefälle in das integrierte Assistenznetz für Drogensüchtige, außer der epidemiologischen Wichtigkeit der Datensammlung dieser besonderen Patientengruppe, einen zentralen Punkt für ihre Einordnung in das Netz der Rehabilitation und Therapie, darstellt. Vor allem die „Mitarbeit“ Werte scheinen den Schwächezustand bei der Einlieferung in die Erste Hilfe Station zu bestätigen und bedeuten in den Patienten ein „therapeutisches Fenster“, das wichtige therapeutische und vorbeugende Möglichkeiten erreichbar werden läßt. Die Verfasser schließen mit einigen Überlegungen zur Organisation der Drogensüchtigenassistenz ab, wobei sie unter anderem die zentrale Rolle der Assistenzstellen für Drogensüchtige (Ser. T.) im Assistenzsystem, unterstreichen, die aber andererseits das Krankenhaus und die Erste Hilfe Stationen als privilegierte Unterredner haben müssen. Die auftretenden Schwierigkeiten in der Verwirklichung stabiler Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Assistenzsystemen benötigen jedoch eine beständige Anwesenheit von Personal der Drogensüchtigenassistenz (Ser.T.) in den Erste Hilfe Stationen der Krankenhäuser, um wirkungsvollere Verbindungen zwischen den zahlreichen öffentlichen und privaten Diensten in diesem Sektor zu erreichen.

Introduzione

È stato recentemente ed autorevolmente affermato che nell'ambito della lotta alla tossicodipendenza esistono tre modelli fondamentali: quello *proibizionista*, quello della *legalizzazione* e quello *medico* ^(1,2). In estrema sintesi, secondo il *modello proibizionista* l'uso di droghe è un comportamento moralmente corrotto, da controllare con sanzioni penali. Il *modello della legalizzazione*, invece, vede la radice del problema nella criminalizzazione del consumo e dei consumatori: misure intermedie come la decriminalizzazione o la depenalizzazione del consumo non sono risolutive, perché solo la legalizzazione di tutte le sostanze può eliminare il mercato illegale, liberando le enormi risorse attualmente impegnate nella repressione. Il *modello medico*, infine, parte dalla considerazione che la medicina ha esteso il suo campo al trattamento dei comportamenti devianti, per cui il tossicodipendente, al pari del malato mentale o del minore che delinque, è considerato un "malato" e dunque sottoposto, e forse obbligato, a cure mediche. I limiti individuali dei tre approcci, ben sintetizzati da Zuffa ⁽³⁾, sono d'altra parte assai evidenti: il proibizionismo ha il limite di vedere il consumo solo sotto l'aspetto morale, ignorando le conseguenze della criminalizzazione e della carcerazione dei consumatori; inoltre esso è palesemente incapace di contenere i consumi. L'antiproibizionismo a sua volta si concentrerebbe solo sugli aspetti legali, non tenendo conto del pericolo dell'allargamento dei consumi che il regime legale delle droghe potrebbe provocare. Il modello medico, infine, considererebbe solo l'aspetto biologico dell'uso di droghe, tralasciando le componenti psicologiche, culturali e sociali.

Nei paesi dell'Unione Europea sembra invece prevalere nettamente, negli ultimi tempi, un approccio alla questione tossicodipendenza orientato a separare chiaramente il fenomeno del consumo da quello del traffico di stupefacenti ⁽⁴⁾. Nei confronti di quest'ultimo si sono andati accentuando i contenuti repressivi, mentre nei riguardi del consumo l'atteggiamento è sempre più orientato verso un potenziamento di azioni e progetti di "riduzione del danno". In altri termini, sembra farsi definitivamente strada una politica sanitaria e sociale, definita in termini anglosassoni come *harm reduction*, *damage limitation* o *risk reduction*, finalizzata in primo luogo alla diminuzione degli effetti negativi del consumo di droga ^(5,6). Politiche di questo tipo, nel tentativo di individuare le possibili convergenze politiche dei modelli *proibizionista* e *legalizzatore*, non puntano sulla punizione

per allontanare dalle droghe i consumatori, poiché riconoscono che alcuni di loro non possono essere persuasi a smettere, bensì tentano di ridurre la probabilità che essi contraggano malattie infettive e muoiano di overdose, assicurando loro trattamenti sociosanitari come quelli con metadone anche a mantenimento. L'idea alla base è che i consumatori dovrebbero rimanere il più possibile *integrati*, invece che allontanati e isolati dal contesto sociale ^(7,8). D'altra parte, sostenere la riduzione del danno non significa sminuire l'importanza delle strategie volte al pieno recupero dalla tossicodipendenza (cessazione dell'assunzione), che deve rimanere in ogni caso l'obiettivo ultimo di tutti gli interventi. Tutto ciò è ben sintetizzato da *Grosso* ⁽⁹⁾ che, rifacendosi alla tradizionale distinzione tra "curare" (nel senso di "eliminare il disturbo") e "prendersi cura" del soggetto portatore del disturbo, sostiene che i due paradigmi non sono in contrapposizione, bensì si integrano in un continuum di offerte terapeutiche e sociali che costituiscono la rete integrata di servizi: "la prima strategia (la riduzione del danno) fa da contenitore alla seconda (gli interventi di *cura* finalizzati all'astinenza); laddove non è praticabile o fallisce un progetto *drug free*, è presente o subentra un'attenzione alla riduzione del danno".

Da un punto di vista organizzativo, gli interventi in tema di assistenza e di prevenzione della tossicodipendenza, soprattutto quando implementati in seguito ad indicazioni normative, sono da sempre connotati dal carattere distintivo della sperimentazione. È importante sottolineare che gli igienisti sono sempre stati in questo campo in prima linea, portando sia il contributo della mentalità epidemiologica e più in generale l'approccio di sanità pubblica, sia la capacità di coordinare ed organizzare gli sforzi compiuti da culture e competenze diverse, in un'ottica di intervento multidisciplinare. È stato così, ad esempio, negli anni '80, allorché un gruppo di lavoro coordinato da *Bruno Angelillo*, in risposta alla legge n. 685/75 ⁽¹⁰⁾ ed ai cosiddetti *Decreti Aniasi* ^(11,12) che prevedevano l'istituzione dei presidi per l'assistenza terapeutica ai tossicodipendenti, sperimentò un intervento interdisciplinare per una USL della città di Napoli nei suoi momenti fondamentali di accoglienza ed orientamento dei tossicodipendenti, di epidemiologia e di educazione sanitaria ⁽¹³⁾.

Il progetto *Intervento integrato di accoglienza, trattamento, orientamento ed indirizzo per tossicodipendenti e soggetti a rischio*, oggetto di una convenzione stipulata tra la Sezione di Igiene del Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia del-

L'Università La Sapienza di Roma, il Dipartimento Affari Sociali della Presidenza del Consiglio dei Ministri ed il MURST, e di cui in questo scritto vengono delineati gli obiettivi, la metodologia e i principali risultati, si colloca in questo stesso filone di ricerca. Il progetto, nel tentativo di trovare risposte operative al DPR 309/90⁽¹⁴⁾ ed all'Accordo Stato-Regioni del 21.1.1999 per la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti⁽¹⁵⁾, propone un modello che assegna all'Ospedale un ruolo significativo nella ormai nota "rete integrata di servizi". Come già in precedenza puntualizzato⁽¹⁶⁾, il tossicodipendente, nel percorso che compie durante il suo stato di consumatore di droga e/o alcool, incontra quasi certamente una o più strutture ospedaliere a causa di patologie droga-correlate (sindrome d'astinenza, overdose o intossicazione acuta, malattie infettive, etc.) o di altre situazioni cliniche acute (ad esempio, traumi). Di fronte a questa richiesta l'Ospedale deve saper rispondere non solo in termini di accoglienza, diagnosi e terapia dell'evento intercorrente, ma anche di orientamento verso le più idonee strutture di riabilitazione e di recupero, approfittando anche della condizione di vulnerabilità che spesso caratterizza l'accesso ad un Pronto Soccorso e che può costituire una straordinaria opportunità sia per attuare interventi di prevenzione sia per avviare un iter terapeutico e/o riabilitativo.

Materiali e metodi

Le fasi del progetto

Il progetto si è articolato in cinque fasi principali. Durante la *prima fase, organizzativa*, è stata effettuata la pianificazione generale, la formazione del personale addetto e la definizione degli strumenti operativi (cartella clinica specifica, software per la gestione dei dati, etc.).

Nella *fase di intervento* i soggetti con problemi di abuso/dipendenza da alcool, droghe e farmaci, recatisi per qualunque motivazione presso il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) del Policlinico Umberto I di Roma, sono stati reclutati nel progetto e sottoposti a valutazioni medica, psichiatrica, tossicologica e nutrizionale da parte del personale addetto. I pazienti reclutati, sottoposti a ricovero in caso di necessità, sono stati poi indirizzati, sulla base della valutazione del team di specialisti, verso le strutture operanti sul territorio nel campo della tossicodipendenza.

Alla fase di intervento si sono affiancate la *fase di raccolta dei dati e quella di verifica*, caratterizzata, quest'ultima, da un costante controllo della metodologia di lavoro e del raggiungimento degli obiettivi prefissati. La *quinta ed ultima fase* ha comportato l'analisi dei dati raccolti e le conseguenti riflessioni ai fini dell'elaborazione di un prodotto metodologico potenzialmente esportabile in altre realtà ospedaliere.

Le Unità Operative del progetto e le loro specifiche funzioni

Le quattro Unità Operative del progetto fanno parte dell'Azienda Policlinico Umberto I – Università degli Studi La Sapienza di Roma.

L'*Unità di Igiene ed Organizzazione Sanitaria* ha svolto funzioni di coordinamento, controllo e verifica della metodologia di lavoro, occupandosi, in particolare, della gestione del database e della valutazione statistica ed epidemiologica del campione reclutato.

L'*Unità Internistica* si è occupata dell'accoglienza e del trattamento dei pazienti in Pronto Soccorso, del reclutamento dei soggetti nello studio e del loro monitoraggio nel percorso ospedaliero. L'Unità internistica, inoltre, insieme all'Unità psichiatrica, ha provveduto all'orientamento e all'indirizzo dei soggetti inclusi nello studio verso le idonee strutture territoriali.

L'*Unità Tossicologica* ha provveduto a svolgere una approfondita valutazione tossicologica dei soggetti reclutati, sia attraverso la somministrazione di questionari mirati, sia mediante l'analisi tossicologica di campioni di urine e sangue.

L'*Unità Psichiatrica*, attraverso colloqui ed interviste semistrutturate, ha effettuato l'inquadramento psicopatologico dei pazienti, collaborando con l'Unità internistica nell'orientamento dei soggetti inclusi nello studio verso le specifiche strutture territoriali (Dipartimento di Igiene Mentale, Ser.T., Comunità Terapeutiche, Alcolisti Anonimi etc.). Inoltre, questa Unità ha seguito quei pazienti che, dopo la dimissione, hanno manifestato la volontà di intraprendere un percorso di psicoterapia presso il Servizio Speciale di Terapia Familiare e Tossicodipendenze dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma.

Il Personale componente le Unità Operative del progetto, in parte di ruolo, in parte appositamente reclutato mediante contratti di collaborazione scientifica, ha previsto quindi professionalità diverse, in un'ottica di intervento multidisciplinare: *medici igienisti, internisti, tossicologie psichiatri; psicologi; biologi; assistenti sociali; tecnici di laboratorio; infermieri; amministrativi e consulenti informatici.*

Gli strumenti operativi

Il reclutamento dei soggetti è avvenuto durante la visita in Pronto Soccorso, utilizzando i seguenti criteri di inclusione: anamnesi positiva per attuale o pregresso uso/abuso di alcool, droghe e farmaci; segni e sintomi indicativi di quadri di intossicazione acuta, di sindromi da astinenza, di patologie definite "prevalenti nel campo della tossicologia e della alcologia" (es. epatopatia alcolica) oppure segni e sintomi generici (es. traumi, turbe del comportamento) in soggetti con sospetto uso/abuso (es. venopunture, alito vinoso).

Ogniquale volta è stato ottenuto il consenso informato, l'uso di sostanze è stato confermato dall'esame tossicologico delle urine e del sangue. La presenza di metaboliti delle principali sostanze d'abuso (oppiacei, cocaina, amfetamine, benzodiazepine, barbiturici e cannabinoidi) nelle urine è stata esaminata con un metodo immunoenzimatico (Emit-Dau) e le positività eventualmente confermate usando metodi cromatografici (High Performance Liquid Chromatography - HPLC e High Performance Thin Layer Chromatography - HPTLC). Nelle urine è stata anche effettuata, mediante metodi di recente messi a punto, la determinazione del cocaetilene che, se positiva, è altamente indicativa dell'assunzione contemporanea di cocaina ed etanolo⁽¹⁷⁾. Infine, l'alcolemia è stata determinata con metodo cromatografico (HPLC).

I soggetti arruolati sono stati classificati in sei categorie riferite alla sostanza d'abuso: *alcool, cocaina, eroina, poliabuso, uso improprio di farmaci e soggetti a rischio*. I primi tre gruppi comprendono individui che nell'ultimo anno hanno assunto in modo continuativo principalmente alcool, cocaina o eroina (o metadone). Il quarto gruppo, *poliabuso*, comprende soggetti che hanno fatto uso in modo continuativo nell'ultimo anno di almeno due sostanze psicoattive tra alcool, cocaina, eroina, amfetamine, barbiturici, benzodiazepine e cannabinoidi, per i quali non fosse quindi possibile individuare una sostanza d'abuso principale. Infine, nel gruppo *uso improprio di farmaci* rientrano tutti coloro che hanno assunto farmaci al di là ed oltre la prescrizione medica (misuso, dipendenza, abuso, assunzione a scopo autolesivo e/o suicidario); mentre nella categoria *soggetti a rischio* sono stati inclusi i soggetti con assunzione solamente occasionale di alcool, cocaina o eroina, i consumatori di altre sostanze psicoattive (amfetamine, barbiturici, benzodiazepine, cannabinoidi) assunte singolarmente ed i soggetti con anamnesi di pregresso alcolismo o tossicodipendenza.

La raccolta dei dati relativi a ciascun paziente è stata effettuata tramite un'apposita cartella clinica, una cui versione semplificata è riportata sul sito internet della rivista (www.igiene.org), composta dalle schede relative a quattro valutazioni specialistiche (*internistica, tossicologica, psichiatrica, nutrizionale*), in cui ciascuna Unità Operativa ha inserito i dati di propria pertinenza. La cartella clinica, ovviamente, è stata predisposta anche per facilitare il monitoraggio del percorso dei pazienti.

Nella *scheda internistica* le informazioni presenti nella cartella clinica ordinaria sono state completate da una anamnesi e da una rilevazione dei principali sintomi e segni obiettivi specifici della condizione di uso/abuso di sostanze psicoattive; è stato inoltre riportato il codice di gravità attribuito dall'*équipe di triage* all'arrivo dei soggetti in DEA. Secondo il protocollo largamente adottato in Italia, il codice *rosso*, come è noto, viene attribuito al "paziente in pericolo di vita che presenta alterazioni di uno o più parametri vitali"; il codice *giallo* al "paziente in condizioni di emergenza con potenziale compromissione di un parametro vitale"; il codice *verde* al "paziente in condizioni di urgenza differibile, affetto da forma morbosa di grado lieve".

La *scheda tossicologica* è stata suddivisa in due sezioni.

La prima ha compreso l'anamnesi tossicologica dettagliata del soggetto, riportante la storia della tossicodipendenza; l'anamnesi terapeutica; l'esame obiettivo tossicologico; ed i risultati delle analisi tossicologiche di urine e sangue.

La seconda parte della scheda riguarda invece la valutazione della dipendenza da sostanze psicoattive condotta mediante strumenti rapidi, adatti soprattutto per quelle condizioni ambientali, come appunto un Pronto Soccorso, che non consentono una lunga intervista con i tossicodipendenti. Tali strumenti, descritti in modo dettagliato in altra sede ⁽¹⁸⁾, comprendono in sintesi: 1. il questionario SDS (Severity of Dependence Scale) per la valutazione dell'intensità della dipendenza da cocaina ed eroina ⁽¹⁹⁾; 2. il questionario CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) per la valutazione dell'intensità della dipendenza da alcool ^(20,21); 3. le schede visive di autovalutazione VAS (Visual Analogic Scale) per la valutazione dell'intensità del desiderio di alcool, cocaina ed eroina ^(22,23); 4. la Scala di Astinenza Alcolica (SAA), basata sulla rilevazione di dieci sintomi e segni già in precedenza indicati da Sullivan et al. ⁽²⁴⁾; 5. la Scala di Astinenza da Oppiacei (SAO), fondata sulla rilevazione di dieci sintomi e segni già individuati da Jasinsky ⁽²⁵⁾.

La *scheda psichiatrica* ha compreso in primo luogo una *check-list* atta a definire lo status psicopatologico del soggetto in Pronto Soccorso, mediante la rilevazione di diversi items (livello e campo di coscienza, psicomotricità, tono dell'umore, emotività, flusso e contenuto ideoverbale, sensopercezioni, ideazione e comportamenti suicidari, atteggiamento nei confronti del medico, coscienza di malattia). La seconda parte della scheda si riferisce ad una intervista semistrutturata suddivisa in cinque sezioni (anamnesi familiare, anamnesi fisiologica, anamnesi patologica remota, anamnesi patologica prossima, altro) condotta allo scopo di approfondire l'analisi dei fattori di rischio e delle dinamiche psicoadattive dei soggetti.

Nella *scheda nutrizionale* venivano riportate le informazioni relative alla valutazione dello stato nutrizionale, effettuata mediante: un'intervista semistrutturata volta ad acquisire informazioni essenziali sulle abitudini alimentari; misurazioni antropometriche (peso, altezza, circonferenze corporee e pliche cutanee con metodo antropoplicometrico a quattro pliche di Durin-Womersley⁽²⁶⁾); analisi del turn over delle proteine (proteine totali e albumina) e del quadro lipidico (colesterolo totale e HDL). Lo stato immunitario (mediante conta dei linfociti e prove di ipersensibilità cutanea ritardata) non è stato testato poiché il bias derivante da eventuali malattie di base, infezioni, interventi chirurgici e abusi di sostanze tossiche è stato ritenuto troppo elevato nel campione di soggetti reclutati. La plicometria, per la misurazione dello spessore del grasso sottocutaneo, è stata preferita ad altre metodologie (quali ad esempio impedenziometria o infrarossi) perché semplice, di basso costo e soprattutto per il tempo necessario alla rilevazione che non supera qualche minuto. I dati sono stati analizzati con un software specifico (DS Medigroup Analisi Antropoplicometrica, release 2.1), che, nella elaborazione dei risultati, tiene conto delle differenze di sesso e delle diverse classi di età e di condizioni lavorative, calcolando le percentuali di massa grassa (FAT) e di massa magra (FFM), il Body Mass Index (BMI), la massa muscolare totale in Kg, il valore del metabolismo basale per l'individuo in esame nonché il peso desiderabile.

Per stimolare i soggetti accolti in Pronto Soccorso a ricontattare il gruppo di lavoro e per facilitare il loro orientamento sono stati realizzati un biglietto tascabile con la descrizione ed i recapiti del progetto ed un opuscolo contenente informazioni dettagliate sui centri territoriali locali operanti nel campo della tossicodipendenza. Analogo obiettivo ha avuto la scheda di valutazione nutrizionale, i cui risultati potevano essere ritirati dai pazienti pochi giorni dopo la dimissione.

La metodologia di lavoro è stata sottoposta ad una costante verifica e revisione di qualità attraverso riunioni periodiche, analisi e *problem-solving*. Le riunioni sono state finalizzate alla discussione dei principali problemi rilevati nel corso dell'attività, con costante verifica e affinamento delle procedure; alla valutazione del livello di accettabilità degli strumenti operativi impiegati; al controllo di efficacia del processo di integrazione Ospedale-Territorio attraverso l'uso di alcuni indicatori come, ad esempio, l'effettivo ricorso ai servizi dei soggetti inviati.

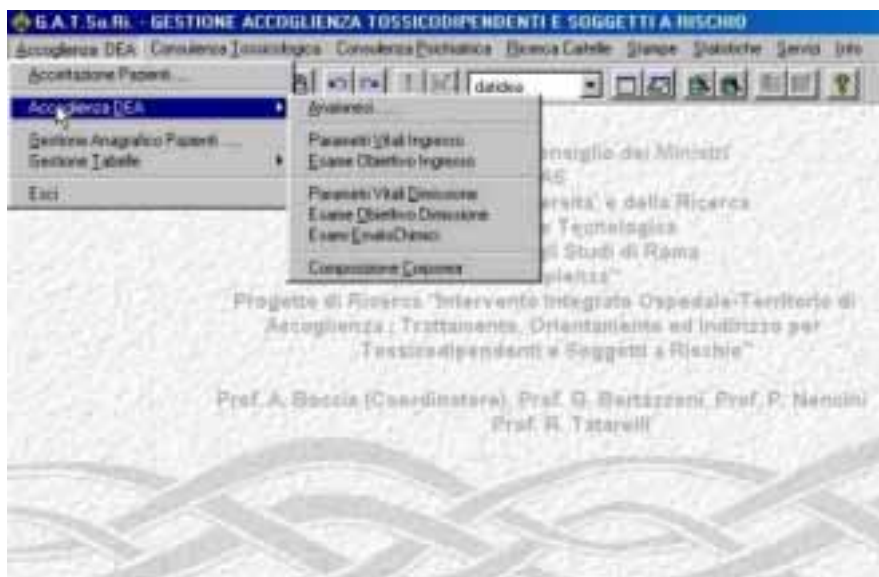
La gestione delle informazioni e l'analisi dei dati

I dati delle schede sono stati immediatamente immessi nel database del progetto, per il quale è stato sviluppato un software specifico, denominato *G.A.T.So.Ri.* (Gestione Accoglienza Tossicodipendenti e Soggetti a Rischio). Tale software, disponibile a richiesta presso gli Autori, è applicabile in ambiente Windows ed è configurato con una serie di menù e sotto-menù a finestre, che si possono aprire dalla barra degli strumenti principale (figura 1).

Figura 1

Esempio di maschera del software G.A.T.So.Ri.

(Gestione Accoglienza Tossicodipendenti e Soggetti a Rischio)



Il funzionamento del programma prevede, per sommi capi, che dopo aver inserito i dati anagrafici del soggetto nella finestra del menù "gestione anagrafica pazienti" si aprano quattro maschere principali per l'inserimento e il rinvenimento veloce di tutti i dati rilevati.

La prima di queste maschere, la directory "accoglienza DEA", contiene diverse sotto-directory relative a "anamnesi", "parametri vitali ingresso", "esame obiettivo ingresso", "parametri vitali dimissione (dal Pronto Soccorso)", "esame obiettivo dimissione", "esami ematochimici" e "composizione corporea". I valori possono essere immessi, a seconda della variabile, scegliendo tra alcuni valori predefiniti in una casella (per limitare la variabilità di compilazione tra i diversi utilizzatori), oppure con risposta aperta.

Le due maschere "consulenza tossicologica" e "consulenza psichiatrica" sono anch'esse organizzate in sotto-directory e contengono i dati specifici delle rispettive anamnesi ed esami obiettivi, oltre che i risultati dell'esame tossicologico di sangue e urine. Infine, la quarta directory "orientamento" comprende due finestre denominate "orientamento ed indirizzo" e "follow up". Nella prima sono riportati i dati relativi alla struttura assistenziale verso la quale è stato orientato il soggetto; la seconda permette di monitorare la situazione del paziente nell'ambito del sistema di rete, con la segnalazione delle verifiche da effettuare a distanza di una settimana e un mese dalla dimissione.

La procedura *G.A.T.So.Ri* consente di rintracciare velocemente ogni dato scorrendo nell'archivio attraverso i menù "cerca per cartella" o "cerca per paziente". In questo modo l'operatore sanitario, anche successivamente al ricovero (in caso di re-ricovero) o eventualmente in sede extraospedaliera (Ser.T., Servizi sociali, etc.), può avere a disposizione il quadro completo della situazione psicofisica del soggetto. Il programma è stato infatti predisposto per un utilizzo sia in rete che stand-alone ed in modo da consentire, tramite opportune password di accesso, la riservatezza delle informazioni sul paziente. Sono previsti a questo proposito due tipi di utenti, l'utente "normale" e il "super" utente. Quest'ultimo è il solo ad aver accesso a tutte le funzioni dell'applicativo e svolge il ruolo di amministratore di sistema, abilitando gli utenti "normali" all'esecuzione delle sole funzioni che riterrà opportune. Per fare questo, ogni utente ha una sua password personale, cui corrisponde l'abilitazione delle sole voci di menù corrispondenti allo specifico profilo.

L'elaborazione statistica dei dati è resa possibile dalla funzione "esporta archivi", accessibile dalla finestra "servizi" del menù principale, che consente di esportare i dati in formato Microsoft Excel o ASCII. Nel nostro caso, i dati sono stati analizzati mediante il programma STATA 6.0 per Windows⁽²⁷⁾. L'analisi delle differenze tra le medie è stata effettuata mediante il test *t di Student* e l'analisi della varianza ad un criterio di classificazione; le differenze tra le proporzioni sono state studiate attraverso il test *chi-quadrato* e, in alcuni casi (vedi risultati), mediante la regressione logistica multipla⁽²⁸⁾.

Il percorso del paziente

In estrema sintesi il modello sperimentato, schematizzato in figura 2, prevede che l'attività del personale già operante in un Pronto Soccorso Ospedaliero o in un DEA venga affiancata da quella di un'équipe polispecialistica appositamente preparata. Il primo approccio al paziente viene generalmente compiuto dal medico di Accettazione - Pronto Soccorso affiancato dallo psicologo o dallo psichiatra, al fine di facilitare un iniziale rapporto empatico con il soggetto. Questo approccio consente una più accurata raccolta dell'anamnesi ed una maggiore disponibilità da parte del soggetto all'esame clinico, tossicologico, psichiatrico e nutrizionale.

L'approccio multidisciplinare intraospedaliero descritto permette una valutazione globale del paziente il quale, in caso di ricovero in Osservazione o in altro reparto, può essere più efficientemente orientato all'interno dell'Ospedale e seguito nel suo percorso intraospedaliero. Alla dimissione il soggetto può essere indirizzato verso i Servizi territoriali più idonei al trattamento del singolo caso, avendo come punto di riferimento e di raccordo, di preferenza, l'assistente sociale.

Risultati

Nel corso dell'indagine, che si è svolta dal 15 settembre 1998 al 15 settembre 2000, sono stati reclutati complessivamente 453 individui che nel 41,5% dei casi sono stati classificati nel gruppo *alcool*, nel 17,2% nella categoria *eroina* e nel 15,2% nel gruppo *poliabus*. Più basse sono risultate le percentuali di individui appartenenti alle categorie *soggetti a rischio* (10,7%), *uso improprio di farmaci* (9,7%) e *cocaina* (4,6%). Dei 453 soggetti reclutati, 46 (9,2%) hanno effettuato più di una visita al DEA, nessuno dei quali apparteneva ai gruppi *soggetti a rischio* e *uso improprio di farmaci* (tavola 1).

Figura 2

Il percorso del paziente nel progetto di ricerca *Intervento integrato di accoglienza, trattamento, orientamento ed indirizzo per tossicodipendenti e soggetti a rischio*

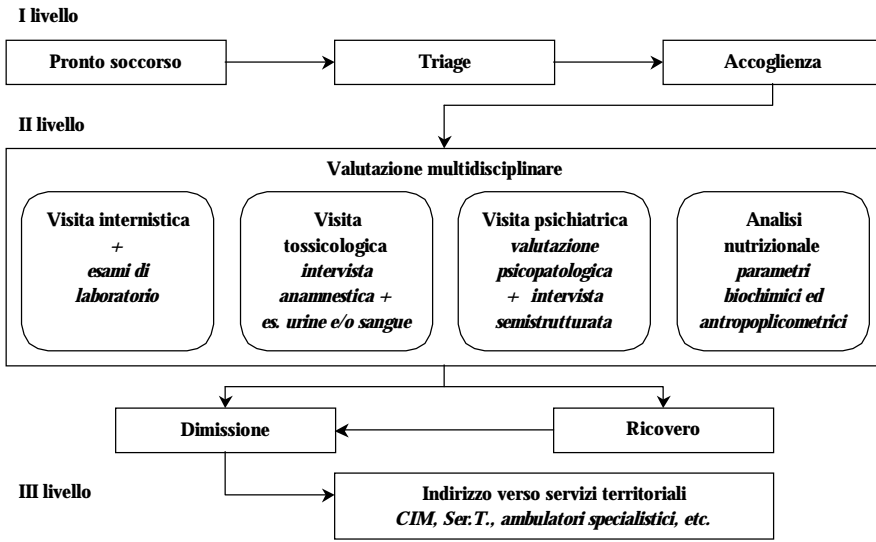


Tavola 1

Soggetti reclutati nel progetto di ricerca *Intervento integrato di accoglienza, trattamento, orientamento ed indirizzo per tossicodipendenti e soggetti a rischio* ed accessi al DEA dell'Azienda Policlinico Umberto I di Roma, per gruppo di abuso
Valori assoluti e composizione percentuale

	Soggetti reclutati		Accessi al Dea	
	Val. ass.	Comp. %	Val. ass.	Comp. %
Alcool	188	41,5	207	41,5
Cocaina	21	4,6	23	4,6
Eroina	78	17,2	90	18,0
Farmaci	44	9,7	44	8,8
Poliabuso	69	15,2	82	16,4
Rischio	53	11,7	53	10,6
Totale	453	100,0	499	100,0

La tavola 2, che riporta le più importanti caratteristiche anagrafiche e socio-economiche dei soggetti inclusi nello studio, mostra innanzitutto che in tutti i

gruppi d'abuso si osserva una netta prevalenza del sesso maschile, con l'eccezione della condizione *uso improprio di farmaci*, in cui i soggetti di sesso femminile rappresentano circa i due terzi del totale (68,2%).

Relativamente all'età, tra gli alcolisti l'età media (44,4 anni) è risultata significativamente più elevata rispetto a tutti gli altri gruppi d'abuso (29-32 anni). Interessante appare inoltre la maggiore frequenza nelle condizioni di *uso improprio di farmaci* e *soggetti a rischio* delle classi di età al di sotto dei 25 anni (38,1% e 35,8% rispettivamente).

In generale e per tutti i gruppi, la maggioranza di soggetti era celibe/nubile al momento dell'entrata in studio (62,4%). I dati inerenti il numero di familiari vedono una elevata percentuale di persone sole (40,3%), soprattutto tra gli alcolisti (55,7%). In questi ultimi, inoltre, si rileva la quota più elevata di individui senza fissa dimora (36,2%) e di nazionalità estera (34%).

Il grado di istruzione dei soggetti inclusi nel progetto è risultato non elevato. Più specificamente 188 individui (46,5%) hanno conseguito il diploma di scuola media inferiore e 91 (22,5%) si sono fermati alla licenza elementare o non sono in possesso di alcun titolo di studio. La distribuzione della scolarità nelle diverse categorie mostra come il livello culturale più alto sia nel gruppo *uso improprio di farmaci* (62,5% in possesso del diploma di scuola media superiore o di laurea), mentre il più basso si riscontra tra gli *alcolisti*, il 39,2% dei quali non ha alcun titolo di studio o ha portato a termine solamente la scuola elementare.

La percentuale di disoccupazione tra i soggetti inclusi nello studio è molto elevata (50,2%). L'analisi per categoria d'abuso evidenzia come i più alti tassi di disoccupazione si riscontrino tra i poliabusatori (65,1%), seguiti dagli eroinomani (60,8%) e dagli alcolisti (57,1%), mentre tra i cocainomani il tasso di occupazione è risultato decisamente elevato (71,4%). Il maggior numero di studenti è tra i consumatori di farmaci (28,2%) e tra i soggetti a rischio (23,5%), in accordo con la giovane età riscontrata in queste due categorie.

Anche la durata dell'abuso/dipendenza da sostanze psicoattive è risultata molto diversa a seconda delle categorie di abuso. La durata della dipendenza è apparsa particolarmente elevata tra gli alcolisti (18 anni in media), seguiti dai poliabusatori (12 anni), dagli eroinomani (11 anni) e dai cocainomani (8 anni). Decisamente più bassa è invece la durata dell'abuso/dipendenza nei gruppi *soggetti a rischio* (4 anni) e *uso improprio di farmaci* (inferiore all'anno).

Tavola 2.a

Caratteristiche socioeconomiche ed anagrafiche dei soggetti reclutati
nel progetto di ricerca, per gruppo d'abuso - *Valori assoluti*

	Alcool	Cocaina	Eroina	Farmaci	Poliabuso	Rischio	Totale
Sesso (453) ⁽¹⁾							
Femmine	37	3	16	30	13	19	118
Maschi	151	18	62	14	56	34	335
Età (443) ⁽¹⁾							
< 18 anni	–	–	–	2	2	–	4
18 - 25	8	7	16	14	19	19	83
26 - 35	39	6	38	11	29	25	148
36 - 45	61	7	20	10	15	7	120
46 - 55	38	1	1	3	2	2	47
> 55	37	–	1	2	1	–	41
Stato civile (415) ⁽¹⁾							
Celibi - Nubili	75	13	57	26	50	38	259
Coniugati - Conviventi	53	3	11	11	7	8	93
Divorziati - Separati - Vedovi	36	5	6	3	9	4	63
N.ro componenti la famiglia (392) ⁽¹⁾							
1	93	7	20	8	20	10	158
2	29	4	11	7	18	6	75
> 2	45	8	34	24	22	26	159
Nazionalità (453) ⁽¹⁾							
Estera	64	3	12	10	10	11	110
Italiana	124	18	66	34	59	42	343
Domicilio (446) ⁽¹⁾							
Senza fissa dimora	67	1	8	1	12	2	91
Stabile	118	20	69	42	57	49	355
Scolarità (404) ⁽¹⁾							
Nulla - Elementare	62	2	11	4	5	7	91
Medie inferiori	58	8	47	11	46	18	188
Medie superiori - Laurea	38	10	14	25	15	23	125
Occupazione (426) ⁽¹⁾							
Disoccupato	100	6	45	9	43	11	214
Occupato	61	15	26	17	18	27	164
Pensionato	13	–	1	2	–	1	17
Studente	1	–	2	11	5	12	31
Anni di abuso o di tossicodipendenza (428) ⁽¹⁾							
0	–	–	–	39	–	22	61
1 - 5	26	8	17	2	14	12	79
6 - 10	27	7	18	–	18	11	81
11 - 20	60	3	31	1	25	4	124
> 20	64	2	8	–	9	–	83

(1) Numero di soggetti rispondenti per ciascuna variabile considerata.

Tavola 2.b

 Caratteristiche socioeconomiche ed anagrafiche dei soggetti reclutati
 nel progetto di ricerca, per gruppo d'abuso - *Composizione percentuale*⁽²⁾

	Alcool	Cocaina	Eroina	Farmaci	Poliabuso	Rischio	Totale
Sesso							
Femmine	19,7	14,3	20,5	68,2	18,8	35,8	26,0
Maschi	80,3	85,7	79,5	31,8	81,2	64,1	73,9
Età							
< 18 anni	-	-	-	4,8	2,9	-	0,9
18 - 25	4,4	33,3	21,0	33,3	27,9	35,8	18,7
26 - 35	21,3	28,6	50,0	26,2	42,6	47,2	33,4
36 - 45	33,3	33,3	26,3	23,8	22,1	13,2	27,1
46 - 55	20,8	4,8	1,3	7,1	2,9	3,8	10,6
> 55	20,2	-	1,3	4,8	1,5	-	9,3
Stato civile							
Celibi/Nubili	45,7	61,9	77,0	65,0	75,8	76,0	62,4
Coniugati - Conviventi	32,3	14,3	14,9	27,5	10,6	16,0	22,4
Divorziati - Separati - Vedovi	21,9	23,8	8,1	7,5	13,6	8,0	15,2
N.ro componenti la famiglia							
1	55,7	36,8	30,8	20,5	33,3	23,8	40,3
2	17,3	21,0	16,9	17,9	30,0	14,3	19,1
> 2	27,0	42,2	52,3	61,6	36,7	61,9	40,6
Nazionalità							
Estera	34,0	14,3	15,4	22,7	14,5	20,7	24,3
Italiana	66,0	85,7	84,6	77,3	85,5	79,2	75,7
Domicilio							
Senza fissa dimora	36,2	4,8	10,4	2,3	17,4	3,9	20,4
Stabile	63,8	95,2	89,6	97,7	82,6	96,1	79,6
Scolarità							
Nulla - Elementare	39,2	10,0	15,3	10,0	7,6	14,6	22,5
Medie inferiori	36,7	40,0	65,3	27,5	69,7	37,5	46,5
Medie superiori - Laurea	24,0	50,0	19,4	62,5	22,7	47,9	30,9
Occupazione							
Disoccupato	57,1	28,6	60,8	23,1	65,1	21,6	50,2
Occupato	34,9	71,4	35,1	43,6	27,3	52,9	38,5
Pensionato	7,4	-	1,3	5,1	-	2,0	4,0
Studente	0,6	-	2,7	28,2	7,6	23,5	7,3
Anni di abuso o di tossicodipendenza							
0	-	-	-	92,9	-	44,9	14,2
1 - 5	14,7	40,0	23,0	4,8	21,2	24,5	18,4
6 - 10	15,2	35,0	24,3	-	27,2	22,4	18,9
11 - 20	33,9	15,0	41,9	2,4	37,9	8,2	29,0
> 20	36,2	10,0	10,9	-	13,6	-	19,4

(2) Calcolata per colonna per ciascuna variabile considerata.

La tavola 3 riporta le principali variabili internistiche rilevate nei 499 accessi al DEA dei soggetti inclusi nello studio.

In proposito, si rileva che dei 453 soggetti reclutati, solamente 7 (1,4%) si sono recati al Pronto Soccorso più di due volte, mentre il 90,8% ha effettuato una sola visita durante il periodo di studio.

Va evidenziato come nessuno tra gli individui appartenenti ai gruppi *uso improprio di farmaci* e *soggetti a rischio* ha effettuato più di una visita, mentre la più elevata frequenza di accessi ripetuti è stata osservata per i *poliabusatori* (15,8%) e gli *eroinomani* (13,3%). Le differenze osservate tra i gruppi si sono dimostrate statisticamente significative ($p=0,007$).

Relativamente al codice di gravità assegnato al *triage* all'arrivo in DEA di ciascun soggetto incluso nel progetto, è possibile osservare che più del 90% degli accessi è stato classificato come *codice verde* o *codice giallo*, e che la percentuale di soggetti in gravi condizioni, classificati come *codice rosso*, è risultata relativamente contenuta (9%). Più precisamente, la categoria d'abuso di eroina è risultata avere la percentuale di accessi in *codice rosso* di gran lunga più elevata (26,7%), mentre nel gruppo d'abuso di cocaina nessun soggetto è stato considerato in *codice rosso*. Specularmente, la quota più elevata di *codici verdi* si è osservata tra i cocainomani (69,5%), mentre la quota tra gli eroinomani è risultata decisamente più contenuta (37,8%).

Da queste differenze, risultate statisticamente significative, si può dedurre che quest'ultima categoria d'abuso, in media, risulta composta di individui con un quadro clinico più severo rispetto agli appartenenti agli altri gruppi in termini di manifestazioni acute, mentre, viceversa, i cocainomani mostrano una minore severità clinica o quantomeno una minore urgenza.

Diverso il quadro per i soggetti che hanno fatto *uso improprio di farmaci*, poiché in questo caso gli accessi sono stati nella grande maggioranza considerati *codici gialli* (79,5%), rappresentando quindi una casistica relativamente omogenea di gravità intermedia.

L'elenco delle diagnosi di accettazione ha maggior senso se letto nell'ambito di ciascun gruppo d'abuso, essendo molto differenti le diagnosi in relazione alla sostanza utilizzata, con la sola eccezione del poliabuso in cui si rilevano tutte le diagnosi di intossicazione in percentuali significative: da oppiacei (26,8%), da farmaci (11%), da alcool (9,8%) o da altre cause (7,3%).

Nella categoria *uso improprio di farmaci* a quasi tutti i soggetti (93,2%) è stata posta diagnosi di "assunzione impropria di farmaci" e allo stesso modo, come era logico attendersi, negli eroinomani e negli alcolisti le diagnosi più frequenti sono risultate rispettivamente l'intossicazione acuta da oppiacei (47,8%) e l'intossicazione acuta da alcool (31,4%). I "disturbi psichiatrici" sono risultati comuni soprattutto tra i cocainomani (30,4%) e i soggetti a rischio (17%), mentre tra gli alcolisti sono risultate relativamente frequenti le "patologie gastrointestinali" (18,4%). Va notata, infine, la significativa quota di persone, sia tra i soggetti a rischio (15,1%) che tra gli alcolisti (9,7%), che hanno avuto diagnosi di accettazione di "assunzione impropria di farmaci".

Per quanto riguarda l'esito della visita in Pronto Soccorso, va innanzi tutto rilevato che il ricovero ospedaliero, in osservazione o in altri reparti, è risultato necessario in più del 50% dei casi per quanto riguarda tutte le categorie d'abuso, con l'eccezione del gruppo dei cocainomani, dove la percentuale di dimessi dal Pronto Soccorso appare particolarmente elevata (65,2%).

Inoltre, considerando solamente gli accessi in cui il ricovero è stato ritenuto necessario (escludendo quindi i dimessi dal Pronto Soccorso), le percentuali di rifiuto del ricovero, che potrebbe essere considerato come un indicatore, seppure indiretto, della mancanza di fiducia nei confronti della struttura "ospedale", sono risultate massime tra gli alcolisti (37,5%) e gli eroinomani (23,9%) e minime nelle categorie "soggetti a rischio" (10,8%) e "uso improprio di farmaci" (7,9%). Va tuttavia notato che le differenze osservate non sono risultate statisticamente significative ($p=0,15$).

La variabile *compliance al trattamento* sta a significare la disponibilità del soggetto ad entrare nel progetto (sostenendo la visita internistica, il colloquio psichiatrico e fornendo i campioni biologici per gli esami tossicologici) e a seguire le indicazioni fornite dal Gruppo di ricerca riguardo ai centri territoriali o alle prescrizioni terapeutiche relative alla condizione di dipendenza. È interessante notare che la *compliance al trattamento*, da noi intesa come un indicatore della positiva predisposizione del paziente verso l'intervento di assistenza integrata, è risultata decisamente elevata in tutte le categorie di abuso, con valori massimi tra i cocainomani (87%) e minimi tra gli alcolisti (67,3%). Tuttavia anche in questo caso le differenze rilevate tra le categorie non sono risultate statisticamente significative ($p=0,35$).

Tavola 3.a

Principali variabili internistiche rilevate negli accessi al DEA dei soggetti reclutati nel progetto di ricerca, per gruppo di abuso - *Valori assoluti*

	Alcool	Cocaina	Eroina	Farmaci	Poliabuso	Rischio	Totale
Numero di visite al DEA (499) ⁽¹⁾							
1	188	21	78	44	69	53	453
2	17	2	10	–	10	–	39
3	2	–	2	–	2	–	6
4	–	–	–	–	1	–	1
Codice di gravità in Pronto Soccorso (499) ⁽¹⁾							
Rosso	9	–	24	2	8	2	45
Giallo	89	7	32	35	35	23	221
Verde	109	16	34	7	39	28	233
Diagnosi di accettazione (499) ⁽¹⁾							
Intossicazione acuta							
– da oppiacei	–	–	43	–	22	–	65
– da alcool	65	–	–	–	8	4	77
– da altre cause	–	4	5	–	6	1	16
Assunzione							
impropria di farmaci	20	2	–	41	9	8	80
Sindromi da astinenza	–	1	8	2	6	–	17
Patologie							
– gastrointestinali	38	1	3	–	4	5	51
– respiratorie	3	1	2	–	1	1	8
– cardiovascolari	11	2	3	–	2	1	19
– neurologiche	20	–	1	–	3	7	31
Disturbi psichiatrici	7	7	3	1	2	9	29
Cefalea, algie	4	1	3	–	2	3	13
Vertigini, lipotimie, astenia	12	2	4	–	4	3	25
Patologia infettiva	3	–	1	–	1	2	7
Traumi	18	1	5	–	9	7	40
Altre patologie specifiche	6	1	9	–	3	2	21
Esito visita (499) ⁽¹⁾							
Dimessi dal P.S.	42	15	23	6	28	16	130
Ricoverati							
– in Osservazione	89	3	33	32	28	19	204
– direttam. in altri reparti	42	2	16	–	14	11	85
– in altri ospedali	6	–	2	3	4	3	18
Rifiuto ricovero	28	3	16	3	8	4	62
Compliance al trattamento (480) ⁽¹⁾							
No	65	3	24	10	19	14	135
Si	134	20	63	32	59	37	345

(1) Numero di accessi per ciascuna variabile considerata.

Tavola 3.b

 Principali variabili internistiche rilevate negli accessi al DEA dei soggetti reclutati nel progetto di ricerca, per gruppo di abuso - *Composizione percentuale*⁽²⁾

	Alcool	Cocaina	Eroina	Farmaci	Poliabuso	Rischio	Totale
Numero di visite al DEA							
1	90,8	91,3	86,7	100,0	84,1	100,0	90,8
2	8,2	8,7	11,1	–	12,2	–	7,8
3	1,0	–	2,2	–	2,4	–	1,2
4	–	–	–	–	1,2	–	0,2
Codice di gravità in Pronto Soccorso							
Rosso	4,3	–	26,7	4,5	9,8	3,8	9,0
Giallo	43,0	30,4	35,6	79,5	42,7	43,4	44,3
Verde	52,7	69,6	37,8	15,9	47,6	52,8	46,7
Diagnosi di accettazione							
Intossicazione acuta							
– da oppiacei	–	–	47,8	–	26,8	–	13,0
– da alcool	31,4	–	–	–	9,8	7,5	15,4
– da altre cause	–	17,4	5,6	–	7,3	1,9	3,2
Assunzione							
impropria di farmaci	9,7	8,7	–	93,2	11,0	15,1	16,0
Sindromi da astinenza	–	4,3	8,9	4,5	7,3	–	3,4
Patologie							
– gastrointestinali	18,4	4,3	3,3	–	4,9	9,4	10,2
– respiratorie	1,4	4,3	2,2	–	1,2	1,9	1,6
– cardiovascolari	5,3	8,7	3,3	–	2,4	1,9	3,8
– neurologiche	9,7	–	1,1	–	3,7	13,2	6,2
Disturbi psichiatrici	3,4	30,4	3,3	2,3	2,4	17,0	5,8
Cefalea, algie	1,9	4,3	3,3	–	2,4	5,7	2,6
Vertigini, lipotimie, astenia	5,8	8,7	4,4	–	4,9	5,7	5,0
Patologia infettiva	1,4	–	1,1	–	1,2	3,8	1,4
Traumi	8,7	4,3	5,6	–	11,0	13,2	8,0
Altre patologie specifiche	2,9	4,3	10,0	–	3,7	3,8	4,2
Esito visita							
Dimessi dal P.S.	20,3	65,2	25,6	13,6	34,1	30,2	26,0
Ricoverati							
– in Osservazione	43,0	13,0	36,7	72,7	34,1	35,8	40,9
– direttam. in altri reparti	20,3	8,7	17,8	–	17,1	20,7	17,0
– in altri ospedali	2,9	–	2,2	6,8	4,9	5,7	3,6
Rifiuto ricovero	13,5	13,0	17,8	6,8	9,8	7,5	12,4
Compliance al trattamento							
No	32,7	13,0	27,6	23,8	24,4	27,4	28,1
Si	67,3	87,0	72,4	76,2	75,6	72,5	71,9

(2) Calcolata per colonna per ciascuna variabile considerata.

L'esame della tavola 4, in cui sono riportate alcune delle variabili di interesse psichiatrico, consente innanzitutto di evidenziare che soltanto il 3,9% degli accessi in Pronto Soccorso (il 6,2% se si escludono i dimessi direttamente dal Pronto Soccorso) è stato ricoverato in Psichiatria, con un massimo nel gruppo *uso improprio di farmaci* (13,6%).

Nello stesso gruppo, relativamente all'anamnesi psichiatrica personale, si rileva la quota maggiore (67,4%) di individui che, al momento dell'ingresso al DEA, hanno dichiarato una condizione pregressa di interesse psichiatrico, a fronte di un quadro generale in cui i positivi all'anamnesi psichiatrica personale sono in media il 28,3%. Allo stesso modo, la percentuale di soggetti che alla visita in Pronto Soccorso ha manifestato una condizione definibile come "acuzie psichiatrica", è risultata massima, in accordo con i dati sull'anamnesi, per il gruppo *uso improprio di farmaci* (84,1%) e, diversamente questa volta dai risultati dell'anamnesi, nel gruppo d'abuso di cocaina (73,9%).

Negli altri gruppi d'abuso, la quota di accessi di individui con acuzie psichiatriche in comorbidità risulta decisamente più contenuta, con un valore generale, in questi gruppi, pari al 29,9%.

Le due variabili inerenti il suicidio, "pregressi tentativi" e "paziente in Pronto Soccorso per tentato suicidio", desunte dall'anamnesi e dalla visita psichiatrica, presentano, seppur logicamente correlate, valori distinti nei diversi gruppi d'abuso. In ogni caso, la massima quota di accessi al DEA per tentato suicidio è nella categoria *uso improprio di farmaci* (77,3%), dove si rileva anche la più alta percentuale di anamnesi suicidarie positive (27,9%).

È interessante notare che, in generale, il suicidio ha rappresentato la causa di arrivo in DEA nel 12,9% dei casi.

La distribuzione della psicomotricità sembra rispecchiare i diversi effetti delle sostanze assunte. Si nota infatti come tra i cocainomani si trovi la percentuale minore di soggetti "rallentati" (21,7%) e, coerentemente, la quota più elevata di "agitati" (43,5%).

Negli altri gruppi invece è maggiore il numero di individui "rallentati", con l'eccezione, attesa, dei *soggetti a rischio*, la maggioranza dei quali è stata valutata "normale" (52,9%).

Infine, relativamente alla coscienza di malattia rispetto all'abuso e/o dipendenza, si nota che la maggioranza degli eroinomani (58,5%) e dei poliabusatori

(51,3%), è apparsa cosciente del suo stato di abuso o dipendenza. Negli altri gruppi, la consapevolezza della propria condizione appare notevolmente minore con punte minime del 30,2% e del 26,1% riscontrate, rispettivamente, negli alcolisti e nei cocainomani.

È già stato sottolineato che le due variabili *compliance al trattamento e rifiuto del ricovero* (tavola 3), sono state considerate dal gruppo di ricerca, per la loro particolare formulazione, indicatori indiretti rispettivamente della predisposizione positiva nei confronti dell'intervento integrato proposto e dell'atteggiamento negativo nei confronti della struttura "ospedale".

Al fine di individuare i possibili determinanti delle due variabili, sono stati costruiti due modelli di regressione logistica multipla che, com'è noto, consentono di analizzare l'influenza di diversi fattori su variabili dicotomiche, controllando nello stesso tempo per i possibili fattori di confondimento (tavola 5) ⁽²⁸⁾.

Relativamente alla predisposizione positiva nei confronti dell'intervento integrato proposto, l'esame della regressione logistica multipla evidenzia che la *compliance al trattamento*:

- a. rispetto al gruppo d'abuso *cocaina*, selezionato come categoria di riferimento, diminuisce nelle categorie *soggetti a rischio, poliabuso, eroina ed alcool*, aumentando invece nel gruppo *uso improprio di farmaci*, con modesti incrementi legati all'età ed al sesso maschile;
- b. è maggiore se si vive in solitudine, se si è stranieri e se si è privi di una istruzione superiore, ma diminuisce se si è senza fissa dimora e si è disoccupati, con modesti decrementi all'aumentare della durata dell'abuso/tossicodipendenza;
- c. diminuisce all'aggravarsi del codice di gravità e se il paziente è in Pronto Soccorso per tentato suicidio;
- d. è maggiore in presenza di anamnesi psichiatrica positiva e di pregressi tentativi di suicidio, ma diminuisce in presenza di comorbidità psichiatrica in atto;
- e. aumenta sensibilmente, infine, se il paziente è cosciente del proprio stato di malattia.

Tuttavia le uniche variabili associate in modo statisticamente significativo che emergono dalla tavola 5 appaiono lo stato di non disoccupazione e soprattutto la coscienza del proprio stato di malattia, che aumentano sensibilmente la predisposizione positiva all'intervento integrato (OR = 2,18, 95% IC 1,00–4,76; OR = 3,91, 95% IC 1,77-8,66).

Tavola 4.a

Alcune variabili psichiatriche rilevate negli accessi al DEA dei soggetti reclutati nel progetto di ricerca, per gruppo di abuso - *Valori assoluti*

	Alcool	Cocaina	Eroina	Farmaci	Poliabuso	Rischio	Totale
Ricoverati in psichiatria (489) ⁽¹⁾							
No	198	23	87	38	76	48	470
Si	4	-	1	6	4	4	19
Anamnesi psichiatrica personale (460) ⁽¹⁾							
Negativa	140	18	65	14	55	38	330
Positiva	45	5	17	29	23	11	130
Acuzie psichiatriche in comorbidità (488) ⁽¹⁾							
Non comorbidità in acuto	135	6	74	7	54	32	308
Crisi d'ansia	6	3	5	-	4	-	18
Attacco di panico	1	7	1	-	2	5	16
Crisi depressiva	5	2	2	2	5	2	18
Crisi maniacale	5	-	1	-	2	1	9
Sindrome delirante allucinatoria	23	-	1	-	4	3	31
Agitazione psicomotoria	10	4	1	1	5	4	25
Tentato suicidio	16	1	3	34	4	5	63
Pregressi tentativi di suicidio (468) ⁽¹⁾							
No	173	20	75	31	57	40	396
Si	19	3	9	12	22	7	72
Paziente in P.S. per tentato suicidio (489) ⁽¹⁾							
No	186	22	85	10	76	47	426
Si	16	1	3	34	4	5	63
Psicomotricità (486) (1)							
Furioso	1	-	1	-	1	-	3
Agitato	35	10	16	6	14	6	87
Normale	63	8	32	12	19	27	161
Rallentato	100	5	39	26	44	18	232
Stuporoso	1	-	-	-	2	-	3
Coscienza di malattia rispetto all'abuso e/o dipendenza (452) ⁽¹⁾							
Assente	132	17	34	25	37	27	272
Presente	57	6	48	15	39	15	180

(1) Numero di accessi per ciascuna variabile considerata.

Tavola 4.b

 Alcune variabili psichiatriche rilevate negli accessi al DEA dei soggetti reclutati nel progetto di ricerca, per gruppo di abuso - *Composizione percentuale*⁽²⁾

	Alcool	Cocaina	Eroina	Farmaci	Poliabuso	Rischio	Totale
Ricoverati in psichiatria							
No	98,0	100,0	98,9	86,4	95,0	92,3	96,1
Si	2,0	-	1,1	13,6	5,0	7,7	3,9
Anamnesi psichiatrica personale							
Negativa	75,7	78,3	79,3	32,6	70,5	77,5	71,7
Positiva	24,3	21,7	20,7	67,4	29,5	22,4	28,3
Acuzie psichiatriche in comorbidità							
Non comorbidità in acuto	67,2	26,1	84,1	15,9	67,5	61,5	63,1
Crisi d'ansia	3,0	13,0	5,7	-	5,0	-	3,7
Attacco di panico	0,5	30,4	1,1	-	2,5	9,6	3,3
Crisi depressiva	2,5	8,7	2,3	4,5	6,2	3,8	3,7
Crisi maniacale	2,5	-	1,1	-	2,5	1,9	1,8
Sindrome delirante allucinatoria	11,4	-	1,1	-	5,0	5,8	6,3
Agitazione psicomotoria	5,0	17,4	1,1	2,3	6,2	7,7	5,1
Tentato suicidio	8,0	4,3	3,4	77,3	5,0	9,6	12,9
Progressi tentativi di suicidio							
No	90,1	87,0	89,3	72,1	72,1	85,1	84,6
Si	9,9	13,0	10,7	27,9	27,8	14,9	15,4
Paziente in P.S. per tentato suicidio							
No	92,1	95,6	96,6	22,7	95,0	90,4	87,1
Si	7,9	4,3	3,4	77,3	5,0	9,6	12,9
Psicomotricità							
Furioso	0,5	-	1,1	-	1,2	-	0,6
Agitato	17,5	43,5	18,1	13,6	17,5	11,8	17,9
Normale	31,5	34,8	36,4	27,3	23,7	52,9	33,1
Rallentato	50,0	21,7	44,3	59,1	55,0	35,3	47,7
Stuporoso	0,5	-	-	-	2,5	-	0,6
Coscienza di malattia rispetto all'abuso e/o dipendenza							
Assente	69,8	73,9	41,5	62,5	48,7	64,3	60,2
Presente	30,2	26,1	58,5	37,5	51,3	35,7	39,8

(2) Calcolata per colonna per ciascuna variabile considerata.

Per quanto riguarda poi l'atteggiamento negativo nei confronti della struttura ospedale, secondo i risultati del modello di regressione logistica multipla esposto ancora nella tavola 5 la probabilità di rifiuto del ricovero in ospedale:

- a. rispetto ai cocainomani, assunti anche questa volta come categoria di riferimento, diminuisce progressivamente negli eroinomani, negli abusatori di farmaci, negli alcolisti, nei poliabusatori e nei soggetti a rischio, con modesti decrementi legati all'età ed al sesso femminile;
- b. è maggiore in presenza di un nucleo familiare e di una dimora stabile, se si è stranieri e se si è in possesso di un livello di istruzione superiore, aumentando lievemente all'aumentare della durata dell'abuso/dipendenza;
- c. aumenta in presenza di comorbidità psichiatrica e di anamnesi suicidaria positiva, ma diminuisce all'aggravarsi del codice di gravità, in presenza di anamnesi psichiatrica positiva e se il paziente è in Pronto Soccorso per tentato suicidio;
- d. è minore, infine, se si è coscienti del proprio stato di malattia.

Le uniche variabili, tuttavia, che influenzano in modo statisticamente significativo l'atteggiamento nei confronti dell'ospedale sono la presenza di comorbidità psichiatrica in atto e l'anamnesi suicidaria positiva, che incrementano la probabilità di rifiuto di ricovero (OR=2,99, 95% IC 1,05-8,53; OR=3,82, 95% IC 1,05-13,83), mentre la stessa probabilità diminuisce in modo significativo se il motivo dell'accesso al Pronto Soccorso è un tentativo di suicidio (OR=0,11, 95% IC 0,01-0,88).

Le tavole 6 e 7 mostrano le principali variabili tossicologiche e i risultati della valutazione nutrizionale dei soggetti inclusi nel progetto, con la precisazione che tali informazioni sono disponibili, per ragioni diverse, non per la totalità del campione reclutato. Le variabili tossicologiche, infatti, sono state registrate solamente per i quattro gruppi *alcool*, *cocaina*, *eroina* e *poliabuso*, per un totale di 350 soggetti (tavola 6). Un dato simile per tutte le categorie appare la familiarità abbastanza elevata per abuso di alcool (30,3%), con un massimo, ovviamente, tra gli alcolisti (41,1%), seguiti dai poliabusatori (26,9%). Più della metà dei soggetti in tutte le categorie d'abuso hanno dichiarato di non avere alcuna familiarità per sostanze d'abuso o per malattie psichiatriche, con un picco del 75,3% tra gli eroinomani.

L'età media di inizio della condizione di tossicodipendenza, concordemente alla più alta età anagrafica, risulta più elevata tra gli alcolisti (24,7 anni) rispetto agli altri tre gruppi, nei quali, invece, è compresa tra i 18 e i 19,3 anni, confermando così la fascia di età tardo-adolescenziale come la più a rischio. Relativamente alla

prima droga assunta, si nota che quasi tutti gli alcolisti hanno iniziato con la stessa sostanza da cui sono dipendenti (89,7%), mentre per gli altri gruppi l'ingresso alla realtà di tossicodipendenza è stato assai spesso mediato dall'iniziale assunzione di cannabinoidi. Di rilievo appare inoltre l'altissima quota di soggetti nei gruppi *eroina* e *poliabusato* con precedenti "overdose" (75% e 79,5% rispettivamente), mentre relativamente basso è il dato di pregressi soggiorni in comunità terapeutiche, con un valore massimo del 28,6% tra i *poliabusatori* ed un valore minimo del 12,5% tra gli *alcolisti*.

Relativamente alle droghe assunte nell'ultima settimana, in tavola 6 sono riportate, per ogni sostanza indicata, le percentuali dei soggetti che ne hanno dichiarato l'assunzione unitamente alle percentuali di coloro che sono risultati positivi alle analisi delle urine. Di rilievo appare la concordanza tra le dichiarazioni ed i risultati tossicologici che indica, più in generale, un buon grado di affidabilità dei dati riferiti dai soggetti inclusi nel progetto. Modeste eccezioni si sono tuttavia riscontrate per i cannabinoidi, con la tendenza a sottostimarne l'uso tra gli alcolisti, i cocainomani e gli eroinomani dove, curiosamente, era sovrastimato l'utilizzo delle benzodiazepine. Nel gruppo *poliabusato*, invece, si è osservata la tendenza ad una sovrastima del consumo di cocaina, eroina e metadone. Abbastanza sorprendente comunque appare la rarità di richieste di assistenza da parte di soggetti consumatori delle cosiddette "nuove droghe", da ascrivere, presumibilmente, sia ad un'intrinseca bassa morbosità connessa con l'uso di tali sostanze, sia ad una scarsa presenza di contesti d'uso delle stesse (discoteche) nel bacino di utenza del Policlinico Umberto I.

Infine, sempre in tavola 6 sono riportate le medie dei punteggi delle scale di intensità della sindrome da astinenza da oppiacei (SAO) o da alcool (SAA), della dipendenza da oppiacei (SDS) o da alcool (CAGE), e di desiderio (VAS) di eroina, cocaina e alcool. Per gli eroinomani è possibile osservare l'assenza di sintomi astinenziali (SAO: 1,6) ed un moderato stato di dipendenza (SDS: 7,9) e di desiderio per la sostanza (VAS: 45,6). Più intensa appare invece la dipendenza (CAGE: 2,5) e soprattutto il desiderio (VAS: 65) per gli alcolisti, nonostante, anche per essi, l'assenza di sintomi astinenziali (SAA: 2). I cocainomani mostrano un moderato grado di desiderio (VAS: 53,7). I poliabusatori hanno soddisfatto i criteri di dipendenza soprattutto per l'alcool, mostrando i più elevati livelli di desiderio per l'alcool e l'eroina.

Tavola 5
Risultati dei modelli di regressione logistica della compliance
al trattamento e del rifiuto del ricovero in funzione di diverse variabili

<i>Variabili</i>	<i>Odds Ratio</i>	<i>Intervallo di Confidenza al 95%</i>	<i>Valori di P</i>
Modello 1 - Compliance al trattamento			
Categoria d'abuso			
Cocaina (<i>categoria di riferimento</i>)	1,00	--	--
Alcool	0,34	0,59 - 1,92	0,22
Eroina	0,53	0,86 - 3,31	0,50
Farmaci	3,35	0,28 - 39,66	0,96
Poliabuso	0,53	0,84 - 3,37	0,50
Rischio	0,77	0,11 - 5,68	0,80
Sesso (<i>0 = femmina, 1 = maschio</i>)	1,35	0,57 - 3,19	0,50
Età (<i>in anni, continua</i>)	1,03	0,98 - 1,07	0,26
Nucleo familiare (<i>0 = solo, 1 = più d'uno</i>)	0,91	0,38 - 2,16	0,83
Nazionalità (<i>0 = estera, 1 = italiana</i>)	0,73	0,29 - 1,84	0,50
Domicilio (<i>0 = senza fissa dimora, 1 = dimora stabile</i>)	1,14	0,38 - 3,36	0,82
Scolarità (<i>0 = nulla o elementare, 1 = media inf., sup., o laurea</i>)	0,75	0,29 - 1,92	0,55
Occupazione (<i>0 = disoccup., 1 = occupato, pensionato, studente</i>)	2,18	1,00 - 4,76	0,049
Durata abuso/dipendenza (<i>in anni, continua</i>)	0,99	0,94 - 1,04	0,75
Codice di gravità (<i>0 = rosso, 1 = giallo, 2 = verde</i>)	1,20	0,68 - 2,01	0,53
Anamnesi psichiatrica personale (<i>0 = neg., 1 = pos.</i>)	2,04	0,71 - 5,88	0,18
Acuzie psichiatriche in comorbidità (<i>0 = no, 1 = si</i>)	0,69	0,28 - 1,69	0,42
Pregressi tentativi di suicidio (<i>0 = no, 1 = si</i>)	2,21	0,56 - 8,71	0,26
In dea per tentato suicidio (<i>0 = no, 1 = si</i>)	0,32	0,07 - 1,41	0,13
Coscienza di malattia (<i>0 = assente, 1 = presente</i>)	3,91	1,77 - 8,66	0,001

Modello 2 - Rifiuto del ricovero

Categoria d'abuso			
Cocaina (<i>categoria di riferimento</i>)	1,00	--	--
Alcool	0,35	0,45 - 2,69	0,31
Eroina	0,56	0,07 - 4,57	0,59
Farmaci	0,37	0,02 - 5,89	0,48
Poliabuso	0,18	0,02 - 1,63	0,13
Rischio	0,13	0,007 - 2,23	0,16
Sesso (<i>0 = femmina, 1 = maschio</i>)	1,45	0,46 - 4,55	0,53
Età (<i>in anni, continua</i>)	0,99	0,94 - 1,04	0,60
Nucleo familiare (<i>0 = solo, 1 = più d'uno</i>)	1,29	0,48 - 3,48	0,61
Nazionalità (<i>0 = estera, 1 = italiana</i>)	0,91	0,30 - 2,76	0,88
Domicilio (<i>0 = senza fissa dimora, 1 = dimora stabile</i>)	1,10	0,31 - 3,87	0,88
Scolarità (<i>0 = nulla o elementare, 1 = media inf., sup., o laurea</i>)	1,33	0,44 - 4,07	0,61
Occupazione (<i>0 = disoccup., 1 = occupato, pensionato, studente</i>)	0,71	0,30 - 1,71	0,45
Durata abuso/dipendenza (<i>in anni, continua</i>)	1,01	0,95 - 1,07	0,75
Codice di gravità (<i>0 = rosso, 1 = giallo, 2 = verde</i>)	1,67	0,87 - 3,21	0,12
Anamnesi psichiatrica personale (<i>0 = neg., 1 = pos.</i>)	0,48	0,14 - 1,61	0,24
Acuzie psichiatriche in comorbidità (<i>0 = no, 1 = si</i>)	2,99	1,05 - 8,53	0,04
Pregressi tentativi di suicidio (<i>0 = no, 1 = si</i>)	3,82	1,05 - 13,83	0,04
In dea per tentato suicidio (<i>0 = no, 1 = si</i>)	0,11	0,01 - 0,88	0,04
Coscienza di malattia (<i>0 = assente, 1 = presente</i>)	0,69	0,29 - 1,64	0,41

Le variabili nutrizionali, nonostante la praticità del protocollo adottato, sono state raccolte soltanto per una parte dei soggetti arruolati poiché, come atteso, non tutti i pazienti sono risultati collaboranti sia per la rilevazione dei dati antropometrici (109 pazienti) sia, soprattutto, per il prelievo del campione di sangue (98 pazienti) (tavola 7). Le informazioni ottenute appaiono comunque rilevanti, anche alla luce dei pochi studi disponibili sull'argomento che riportano in genere un'elevata frequenza di disturbi della nutrizione tra i tossicodipendenti ^(29,30,31).

Il *Body Mass Index* (BMI) è risultato nella norma nella maggioranza di individui (67,9%), sebbene un quarto dei soggetti (25,7%) ha presentato valori superiori a 25, indicativi di "sovrappeso", con un picco nel gruppo *poliabusato*, nel quale questa percentuale sale fino al 41,7%. Queste percentuali risultano tuttavia abbastanza in linea con i dati relativi alle percentuali di individui sovrappeso in Italia per le stesse classi di età e sesso ^(32,33). Un BMI minore di 18,5, indicativo di un peso corporeo inferiore a quello ritenuto ideale, è stato riscontrato solamente nelle categorie *uso improprio di farmaci ed alcool*, per una quota complessiva di soggetti sottopeso pari al 6,4%. Tale percentuale appare bassa rispetto alle alte percentuali di casi di malnutrizione osservate in studi precedenti, probabilmente a causa di differenze a livello del campione di soggetti reclutati ^(29,30,31).

Sulla stessa linea appaiono i risultati relativi al rapporto tra le circonferenze vita-fianchi (indicativo, in caso di valori superiori a 1,0 per i maschi e 0,8 per le femmine, rispettivamente di obesità androide e ginoide), mentre un po' meno rassicuranti appaiono i dati relativi ai valori percentuali di massa grassa (FAT), considerando che le quote ideali di massa grassa oscillano per i maschi dal 13 al 18% e per le femmine dal 18 al 23% del peso corporeo totale. Nel campione in esame, il 48,6% dei soggetti ha mostrato valori di FAT al di sopra della norma, con un picco, del tutto inatteso, tra gli eroinomani (69,2%), mentre solamente nel 14,7% degli individui è stato riscontrato un rapporto vita-fianchi superiore ai limiti sopracitati, considerati indicativi di obesità viscerale e quindi predisponenti ad un maggiore rischio di morte per patologie cardiovascolari ^(34,35,36).

Per quanto riguarda poi i risultati degli esami biochimici, l'8,9% del campione sottoposto a prelievo ha evidenziato livelli di proteine totali inferiori a 6 g/100 ml. È questa una quota che si allinea con quella di individui (6,4%) il cui BMI è risultato inferiore a 18,5 e con quella (12%) di soggetti con livelli di albumina sierica inferiori a 3 g/100 ml, che possono riflettere una riduzione della sintesi proteica

Tavola 6.a
Principali variabili tossicologiche rilevate nei soggetti reclutati
nel progetto di ricerca, per gruppo di abuso - Valori assoluti

	<i>Alcool</i>	<i>Cocaina</i>	<i>Eroina</i>	<i>Poliabuso</i>	<i>Totale</i>
Soggetti esaminati ⁽¹⁾	185	21	77	67	350
Familiarità per ⁽¹⁾					
Tossicodipendenza	–	2	4	2	8
Alcolismo	76	4	8	18	105
Malattie psichiatriche	3	2	3	3	12
Più di una familiarità	10	–	4	10	24
Nessuna familiarità	96	13	58	34	200
Età di inizio ⁽²⁾	25	19	19	18	22
Prima droga d'uso ⁽¹⁾					
Cannabinoidi	11	9	43	34	97
Oppiacei	5	3	26	14	48
Cocaina	–	7	2	6	15
Alcool	166	2	3	10	181
Altre droghe	1	–	2	2	5
Più droghe	2	–	1	1	4
Precedenti "Overdose" ⁽¹⁾					
Si	--	6	58	53	117
No	--	15	19	14	48
Soggiorni in comunità terapeutiche ⁽¹⁾					
Si	23	5	20	19	67
No	162	16	57	48	283
Droghe assunte nell'ultima settimana ⁽³⁾					
Eroina	7	2	54	34	
Metadone	6	1	32	25	
Vino/birra	175	7	31	44	
Superalcolici	110	3	7	30	
Benzodiazepine	44	8	42	37	
Amfetamine	1	1	–	5	
Cocaina	2	12	3	23	
Barbiturici	–	–	–	–	
Cannabinoidi	12	8	22	21	
Tabacco	172	21	76	63	
SAA (range 0-10)					
Scala Astinenza Alcolica	2	--	--	1,4	--
SAO (range 0-10)					
Scala Astinenza Oppiacei	--	--	1,6	2,1	--
CAGE (range 0-4)					
Questionario CAGE	2,5	--	--	2,5	--
SDS (range 0-15)					
Scala intensità dipendenza	--	--	7,9	7,5	--
VAS (range 0-100 mm) ⁽⁴⁾					
Scale Analogiche Visive di autovalutazione	65	53,7	45,6	49,2- 26-43,6	--

Tavola 6.b

 Principali variabili tossicologiche rilevate nei soggetti reclutati
 nel progetto di ricerca, per gruppo di abuso - *Composizioni percentuali*

	<i>Alcool</i>	<i>Cocaina</i>	<i>Eroina</i>	<i>Poliabuso</i>	<i>Totale</i>
Soggetti esaminati ⁽¹⁾	52,9	6,0	22,0	19,1	100,0
Familiarità per ⁽¹⁾					
Tossicodipendenza	–	9,5	5,2	3,0	2,3
Alcolismo	41,1	19,0	10,4	26,9	30,3
Malattie psichiatriche	1,6	9,5	3,9	4,5	3,1
Più di una familiarità	5,4	–	5,2	14,9	6,9
Nessuna familiarità	51,9	61,9	75,3	50,7	57,4
Età di inizio ⁽²⁾	0,8	1,4	0,6	0,5	21,8
Prima droga d'uso ⁽¹⁾					
Cannabinoidi	5,9	42,9	55,8	50,7	27,7
Oppiacei	2,7	14,3	33,8	20,9	13,7
Cocaina	–	33,3	2,6	9,0	4,3
Alcool	89,7	9,5	3,9	14,9	51,7
Altre droghe	0,5	–	2,6	3,0	1,4
Più droghe	1,1	–	1,3	1,5	1,1
Precedenti "Overdose" ⁽¹⁾					
Si	–	28,6	75,0	79,5	70,9
No	–	71,4	25,0	20,5	29,1
Soggiorni in com. terapeut. ⁽¹⁾					
Si	12,5	25,0	25,9	28,6	19,3
No	87,5	75,0	74,1	71,4	80,7
Droghe assunte nell'ultima settimana ⁽³⁾					
Eroina	3,8 [2,7]	9,5 [4,8]	70,1 [72,7]	50,7 [43,3]	
Metadone	3,2 [2,7]	4,8 [0,0]	41,5 [35,1]	37,3 [18,0]	
Vino/birra	94,5	33,3	40,3	65,7	
Superalcolici	59,4	14,3	9,1	44,8	
Benzodiazepine	23,8 [34,0]	38,1 [42,8]	54,5 [62,2]	55,2 [55,2]	
Amfetamine	0,5 [1,6]	4,8 [0,0]	–	7,5 [18,0]	
Cocaina	1,1 [2,7]	57,1 [62,0]	3,9 [7,8]	34,3 [23,9]	
Barbiturici	– [4,3]	–	–	–	
Cannabinoidi	6,5 [8,1]	38,1 [52,4]	28,6 [46,7]	31,3 [31,3]	
Tabacco	93,0	100,0	98,7	94,0	

⁽¹⁾ Risultati espressi come numero di soggetti (tavola 6.a) e percentuali (tavola 6.b).

⁽²⁾ Risultati espressi come valori medi (tavola 6.a) ed errore standard (tavola 6.b).

⁽³⁾ Risultati espressi come numero di soggetti (tavola 6.a) e percentuali (tavola 6.b) riferite alla droga dichiarata; le percentuali in parentesi quadra (tavola 6.b) fanno riferimento alla positività alle analisi delle urine.

⁽⁴⁾ Esistono specifici VAS per alcool, cocaina ed eroina; i soggetti del gruppo "poliabuso" hanno risposto a più VAS in base alle sostanze assunte.

Tavola 7.a

Alcune variabili nutrizionali rilevate nei soggetti reclutati nel progetto di ricerca, per gruppo di abuso - *Valori assoluti*

	<i>Alcool</i>	<i>Cocaina</i>	<i>Eroina</i>	<i>Farmaci</i>	<i>Poliabuso</i>	<i>Rischio</i>	<i>Totale</i>
Dati antropometrici rilevati	52	6	13	14	12	12	109
BMI							
< 18,5	5	–	–	2	–	–	7
18,5 - 24,9	34	4	10	10	7	9	74
≥ 25	13	2	3	2	5	3	28
% Massa grassa							
Nella norma ⁽¹⁾	28	4	4	9	5	6	56
Oltre	24	2	9	5	7	6	53
Rapporto circonferenza vita/fianchi							
Nella norma ⁽²⁾	41	5	13	14	9	11	93
Oltre	11	1	–	–	3	1	16
Dati biochimici rilevati	45	4	8	10	14	17	98
Proteine totali							
< 6 g/100ml	4	–	1	1	–	2	8
6 - 8,5 g/100ml	33	4	7	7	11	13	75
> 8,5 g/100ml	3	–	–	–	2	2	7
Albumina							
< 3,0 g/100ml	5	1	1	–	2	2	11
3,0 - 5,0 g/100ml	36	3	6	9	12	14	80
> 5,0 g/100ml	–	–	–	–	–	1	1
Colesterolo totale							
< 140 mg/100ml	6	1	4	–	4	3	18
140 - 220 mg/100ml	21	1	3	9	8	9	51
> 220 mg/100ml	16	2	1	1	–	3	23
Colesterolo HDL							
< 47 mg/100ml	11	2	4	2	6	7	32
47 - 78 mg/100ml	18	2	1	7	4	7	39
> 78 mg/100ml	7	–	–	–	1	–	8

⁽¹⁾ Per valori "nella norma" si intendono valori compresi entro il 18% per i maschi ed entro il 23% per le femmine.

⁽²⁾ Per valori "nella norma" si intendono valori dei rapporti compresi entro 1,0 per i maschi ed entro 0,8 per le femmine.

da malnutrizione cronica o epatopatia. Relativamente, infine, ai livelli ematici di colesterolo, totale e HDL, il quadro generale, in linea coi risultati riportati da altri studi ⁽³⁷⁾, è apparso un po' meno positivo. Infatti, il 25% dei soggetti esaminati ha riportato valori di colesterolo superiori a 220 mg/100 ml, indicativi di maggior rischio di patologie cardiovascolari; e solo il 10,1% valori di colesterolo

Tavola 7.b

Alcune variabili nutrizionali rilevate nei soggetti reclutati nel progetto di ricerca, per gruppo di abuso - *Composizione percentuale*⁽³⁾

	<i>Alcool</i>	<i>Cocaina</i>	<i>Eroina</i>	<i>Farmaci</i>	<i>Poliabuso</i>	<i>Rischio</i>	<i>Totale</i>
Dati antropometrici rilevati	47,7	5,5	11,9	12,8	11,0	11,0	100,0
BMI							
< 18,5	9,6	–	–	14,3	–	–	6,4
18,5 - 24,9	65,4	66,6	76,9	71,4	58,3	75,0	67,9
≥ 25	25,0	33,3	23,1	14,3	41,7	25,0	25,7
% Massa grassa							
Nella norma ⁽¹⁾	53,8	66,7	30,8	64,3	41,7	50,0	51,4
Oltre	46,2	33,3	69,2	35,7	58,3	50,0	48,6
Rapporto circonferenza vita/fianchi							
Nella norma ⁽²⁾	78,8	83,3	100,0	100,0	75,0	91,7	85,3
Oltre	21,2	16,7	–	–	25,0	8,3	14,7
Dati biochimici rilevati	45,9	4,1	8,2	10,2	14,3	17,3	100,0
Proteine totali							
< 6 g/100ml	10,0	–	12,5	12,5	–	11,8	8,9
6 - 8,5 g/100ml	82,5	100,0	87,5	87,5	84,6	76,5	83,3
> 8,5 g/100ml	7,5	–	–	–	15,4	11,8	7,8
Albumina							
< 3,0 g/100ml	12,2	25,0	14,3	–	14,3	11,8	12,0
3,0 - 5,0 g/100ml	87,8	75,0	85,7	100,0	85,7	82,4	87,0
> 5,0 g/100ml	–	–	–	–	–	5,9	1,1
Colesterolo totale							
< 140 mg/100ml	14,0	25,0	50,0	–	33,3	20,0	19,6
140 - 220 mg/100ml	48,8	25,0	37,5	90,0	66,7	60,0	55,4
> 220 mg/100ml	37,2	50,0	12,5	10,0	–	20,0	25,0
Colesterolo HDL							
< 47 mg/100ml	30,6	50,0	80,0	22,2	54,5	50,0	40,5
47 - 78 mg/100ml	50,0	50,0	20,0	77,8	36,4	50,0	49,4
> 78 mg/100ml	19,4	–	–	–	9,1	–	10,1

⁽³⁾ Calcolata per colonna per ciascuna variabile considerata.

HDL superiori a 78, ritenuti invece “protettivi” rispetto alle stesse patologie.

Infine, nell'ultima tavola (tavola 8), sono riportati alcuni dati di costo e di attività, per un campione selezionato casualmente di 209 soggetti, analizzati al fine di verificare la sostenibilità finanziaria del modello di assistenza proposto per un ospedale che operi in un sistema di finanziamento a prestazione.

Non essendo in Italia disponibili, com'è noto, i dati di costo per singolo paziente, sono solitamente utilizzati indicatori indiretti di costo e di attività quali la durata di degenza, il peso DRG ed i rimborsi spettanti alla struttura di cura in base all'attuale sistema di finanziamento a prestazione, basato sui gruppi DRG ^(38,39,40). Questi dati sono stati rilevati dal gruppo di ricerca attraverso la consultazione delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) ⁽⁴¹⁾, estraendo le informazioni relative alla durata di degenza, ai codici di diagnosi e di intervento (ICD-9-CM) ed ai gruppi DRG.

Tavola 8

Alcune variabili di costo e di attività rilevate nei soggetti reclutati nel progetto di ricerca, per gruppo di abuso

	<i>Alcool</i>	<i>Cocaina</i>	<i>Eroina</i>	<i>Farmaci</i>	<i>Poliabuso</i>	<i>Rischio</i>	<i>Totale</i>
Numero di pazienti	93	4	35	28	25	24	209
Degenza media (in giorni)	6,5	8,5	5,9	2	3,3	7,2	5,5
Importo medio (in migliaia di lire)							
– per giornata di degenza	604	461	577	886	661	607	613
– per paziente	3.926	3.922	3.414	1.773	2.169	4.348	3.390
Importo complessivo (in migliaia di lire)	365.103	15.687	119.480	49.642	54.224	104.340	708.485
Rapporto GD/TP ⁽¹⁾	23,9%	23,4%	29,7%	18,5%	17,5%	36,0%	25,0%
DRG più frequenti ⁽²⁾	450 (6) 202 (6) 206 (5)	428 (2)	450 (9) 449 (5)	450 (20)	450 (8)	450 (3)	450 (48) 435 (14) 202 (11) 449 (8)

⁽¹⁾ Rapporto GD (Giornate di Degenza effettuate) / TP (Trim Point) (vedi testo)

⁽²⁾ Numero, tipologia (M: medico), descrizione, tariffa ordinaria e giornaliera in migliaia di lire e Trim Point dei gruppi DRG citati:

202	M	<i>Cirrosi e epatite alcolica</i>	7.928	618	41
206	M	<i>Malattie del fegato</i>			
		<i>eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, senza CC</i>	4.631	524	41
428	M	<i>Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi</i>	4.575	391	51
435		<i>Abuso o dipendenza da alcool/farmaci, disintossicazione o altro trattamento sintomatico senza CC</i>	3.840	390	41
449	M	<i>Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 con CC</i>	4.878	589	29
450	M	<i>Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 senza CC</i>	2.736	568	11

La degenza media del campione è risultata pari a 5,5 giorni, anche se il dato non è assolutamente omogeneo. Nei gruppi *uso improprio di farmaci* e *poliabusosi* rileva infatti una degenza media nettamente inferiore, pari rispettivamente a 2 e 3,3 giorni, mentre i *soggetti a rischio*, in media, hanno avuto una durata di ricovero di 7,2 giorni (i cocainomani non sono considerati per l'esiguità del campione, limitato a quattro individui).

Per motivi legati al meccanismo di finanziamento ospedaliero tramite DRG, i valori relativi alla durata di degenza media tendono a riflettersi sull'importo medio per giornata di degenza e sull'importo medio per paziente. I ricoveri della durata di 0-1 giorno, infatti, vengono rimborsati secondo la tariffa DRG "giornaliera" (nettamente più bassa) per cui, in questi casi, l'importo medio per paziente risulta minore, mentre l'importo per giornata di degenza risulta più elevato, dovendo dividere la tariffa per un minor numero di giorni. Di conseguenza, nei gruppi *uso improprio di farmaci* e *poliabusosi* sono rilevati i più alti valori di importo medio per giornata di degenza (rispettivamente £ 886.000 e £ 661.000) ed i più bassi valori di importo medio per paziente (£ 1.773.000 e £ 2.169.000). In generale, il rimborso medio per paziente è stato di £ 3.390.000, mentre il rimborso per ogni giornata di degenza è stato di £ 613.000.

Relativamente ai gruppi DRG assegnati ai pazienti selezionati, si è osservata una grandissima maggioranza (86,2%) di soggetti cui è stato attribuito un DRG "medico", ed il raggruppamento di gran lunga più frequente (24%) è risultato il DRG 450 "Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età >17 anni, senza CC". Particolarmente utile, infine, è la valutazione del rapporto tra le giornate di degenza (GD) effettivamente svolte da ogni paziente ed il numero di giornate di degenza corrispondente al valore soglia - Trim Point (TP) del DRG assegnato. Questo rapporto percentuale può essere considerato, infatti, un indicatore indiretto di costo del paziente per la struttura ospedaliera poiché, quanto più si avvicina all'unità, tanto più è elevata la probabilità che i costi sostenuti dalla struttura sanitaria per l'assistenza erogata a quel paziente superino il rimborso assegnato alla struttura stessa dallo Stato ⁽⁴²⁾. In generale, in tutti i gruppi questo valore è risultato basso (25%), in particolare per i gruppi *poliabusosi* (17,5%) e *uso improprio di farmaci* (18,5%), potendo indicare pertanto, l'esistenza di margini finanziari tali da incentivare, o comunque non scoraggiare, l'implementazione in altri ospedali del modello di assistenza proposto.

Discussione

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000⁽⁴³⁾, com'è noto, individua le tossicodipendenze tra le aree prioritarie di intervento, nell'ambito dell'obiettivo IV "rafforzare la tutela dei soggetti deboli", operando una scelta ribadita anche dalla recente bozza del Piano Sanitario Nazionale 2001-2003. Gli obiettivi delineati comprendono, oltre alla riduzione della morbosità e della mortalità legate alla tossicodipendenza ed all'abuso di sostanze in un'ottica di "riduzione del danno", il miglioramento dei livelli di conoscenza del fenomeno, il cosiddetto "reclutamento precoce" degli utenti e la definizione, sperimentazione ed introduzione di modelli organizzativi di assistenza finalizzati all'aumento dei livelli di integrazione tra le numerose strutture pubbliche coinvolte e le realtà del privato *non profit* e del volontariato. In quest'ottica si inserisce coerentemente il progetto di ricerca *Intervento integrato di accoglienza, trattamento, orientamento ed indirizzo per tossicodipendenti e soggetti a rischio* che, dopo due anni di sperimentazione, consente di formulare alcune riflessioni conclusive sia sulla epidemiologia del fenomeno sia in tema di organizzazione dell'assistenza.

È noto che uno dei fenomeni più difficili da descrivere sotto il profilo epidemiologico è sicuramente quello delle tossicodipendenze, in quanto mancano modalità attendibili di rilevazione della quantità di fenomeno "nascosto", riguardante soggetti che tendono a celare il loro comportamento di assuntori di sostanze illecite. Di qui l'esigenza, già da tempo avvertita, di nuovi strumenti di rilevazione epidemiologica, da implementare in sedi che possano configurarsi come "osservatori privilegiati" del fenomeno. Tra questi vanno annoverati, anche sulla base di indicazioni fornite da importanti e significative esperienze estere^(44,45,46,47,48,49), i servizi di Pronto Soccorso e di Emergenza, in quanto luoghi in cui può avvenire il contatto, spesso occasionale, con questa tipologia particolare di soggetti, altrimenti difficile da raggiungere e per sua natura non incline al contatto con istituzioni di qualunque tipo.

Nel biennio 1998-2000 sono stati inclusi nel progetto, tra i soggetti transitati per il DEA del Policlinico Umberto I di Roma, 453 utenti, alcuni dei quali hanno effettuato più di un accesso alla struttura di emergenza, per un totale di 499 visite. I soggetti sono stati classificati, sulla base di criteri predefiniti, in sei categorie d'abuso: *alcool, cocaina, eroina, poliabuso, uso improprio di farmaci* ed un'ultima relativa ai *soggetti a rischio*. Globalmente, è lecito affermare che il campione di

soggetti reclutati mostra una serie di caratteristiche omogenee in tutti i gruppi: il sesso (prevalentemente maschile), l'età (in genere inferiore a 45 anni), la scolarità (generalmente bassa), lo stato civile (con una frequenza contenuta di coniugati/conviventi), il codice di gravità (prevalentemente "verde" o "giallo"), la *compliance al trattamento* (generalmente alta), la bassa età di inizio dell'uso di sostanze psicotrope (dai 18 ai 25 anni), l'elevata frequenza di ricovero in ospedale e infine uno stato nutrizionale non particolarmente negativo. Per molte variabili tuttavia, sebbene spesso si evidenzino trend comuni, le differenze riscontrate tra alcune categorie d'abuso appaiono ampie. Ad esempio, pur essendo il campione complessivo costituito prevalentemente da maschi, con una età media pari a 37 anni e disoccupati, le femmine costituiscono più di due terzi dei soggetti classificati nel gruppo *uso improprio di farmaci*; gli *alcolisti* hanno una età media sensibilmente più elevata (44 anni) rispetto alle altre categorie d'abuso e i *cocainomani*, così come d'altra parte anche i *soggetti a rischio*, risultano in maggioranza occupati. Per questo motivo ci è sembrato utile delineare una sorta di profilo dei soggetti appartenenti ai diversi gruppi di abuso, in base alla prevalenza di determinate caratteristiche.

Gli *alcolisti*, come già riportato, hanno una età media intorno ai 45 anni, con una quota significativa di individui oltre i 55 anni, hanno un livello di scolarità per lo più medio-basso e sono prevalentemente disoccupati; hanno una storia di alcool-dipendenza che dura da più di 10 anni, con familiari anch'essi spesso alcolisti; l'alcool rappresenta anche, generalmente, la prima sostanza psicoattiva da loro utilizzata. In Pronto Soccorso l'alcolista si presenta più frequentemente per intossicazione acuta da alcool o per patologie gastrointestinali, in stato psicomotorio "rallentato"; non ha coscienza di malattia rispetto all'abuso/dipendenza e viene in genere ricoverato (in Osservazione o in altri reparti) per essere dimesso dopo una settimana (degenza media 6,5 giorni). Tra gli alcolisti, infine, si segnala la più alta percentuale di soggetti coniugati/conviventi, di nazionalità estera e senza fissa dimora.

I *cocainomani* hanno invece un'età media più bassa (31 anni), una storia di tossicodipendenza variabile da 1 a 10 anni, iniziata in genere con i cannabinoidi; un livello di scolarità medio-alto e sono prevalentemente occupati. I cocainomani, inoltre, arrivano al DEA in genere per disturbi psichiatrici (attacchi di panico o agitazione psicomotoria), sono dimessi direttamente dal Pronto Soccorso e non hanno coscienza di malattia rispetto all'abuso/dipendenza.

L'*eroinomane* ed il *poliabusatore* sono anch'essi relativamente giovani (età media 31 anni), hanno un titolo di studio medio-inferiore e sono prevalentemente disoccupati. Sia gli eroinomani che i poliabusatori hanno una storia di abuso/tossicodipendenza di durata variabile da 6 a 20 anni, iniziata anche in questo caso con i cannabinoidi, e una frequenza molto elevata di precedenti "overdose"; i poliabusatori presentano inoltre una certa familiarità per alcolismo. I soggetti appartenenti ad entrambe le categorie, infine, si presentano al Pronto Soccorso per lo più in stato psicomotorio "rallentato", per intossicazione acuta (da oppiacei o altre cause), vengono ricoverati (in Osservazione o altri reparti) e mostrano coscienza di malattia rispetto all'abuso/dipendenza. I valori di degenza media sono invece molto diversi tra i due gruppi, essendo la durata media di degenza quasi doppia per gli eroinomani (5,9 giorni) rispetto ai poliabusatori (3,3 giorni), probabilmente in relazione al codice di gravità, poiché si osserva una quota molto superiore di eroinomani con codice rosso.

Gli ultimi due gruppi, *uso improprio di farmaci* e *soggetti a rischio*, presentano alcune caratteristiche peculiari, molto diverse dai primi quattro descritti. I soggetti di entrambe le categorie hanno un livello d'istruzione medio-alto, una quota significativa di studenti e non mostrano in genere coscienza di malattia rispetto all'abuso/dipendenza. L'abusatore di farmaci, tuttavia, diversamente dal soggetto a rischio, è di sesso femminile, ha iniziato a consumare la sostanza assai recentemente (entro l'anno corrente), ha anamnesi psichiatrica positiva e, soprattutto, si presenta in Pronto Soccorso quasi sempre per tentato suicidio mediante farmaci (appare infatti "rallentato" alla visita), così da essere quasi sempre ricoverato (in Osservazione), anche se dimesso dopo soli due giorni.

Infine, il *soggetto a rischio* ha l'età media più bassa di tutto il campione (29 anni), anche se - comprendendo questo gruppo anche gli ex-tossicodipendenti - mostra una storia di uso/abuso di durata spesso superiore a sei anni. Questo individuo, una via di mezzo tra il dipendente o l'abusatore abituale e la persona che non fa uso di tali sostanze, conferma la sua peculiarità presentandosi in Pronto Soccorso in stato psicomotorio "normale", per le patologie più varie e spesso non correlate con l'uso di sostanze psicotrope, viene dimesso direttamente in più di un terzo dei casi e, quando ricoverato, ha una durata di degenza media sostanzialmente analoga a quella di tutti i ricoverati con DRG "medici" del Policlinico (7,2 giorni) ⁽⁵⁰⁾.

Il confronto dei dati epidemiologici ottenuti in questo progetto con quelli scaturiti da altri studi epidemiologici internazionali sulla popolazione tossicodipendente afferente ai servizi di Pronto Soccorso appare particolarmente problematico in considerazione dei diversi approcci metodologici adottati nelle diverse indagini, in particolare per quanto riguarda i criteri di inclusione e di classificazione dei pazienti in base alla droga principale d'abuso. La non uniformità metodologica presente nei diversi studi è alla base, pertanto, di differenze anche molto marcate.

Per esempio, le rilevazioni effettuate a Barcellona dal 1979 al 1989, relative ai soli abusatori di oppiacei, hanno evidenziato un rapporto maschi/femmine di 2,5 ed una età media di 24,5 anni ⁽⁴⁵⁾, mentre nel campione da noi visto tale rapporto è risultato pari a 3,9 e l'età media pari a 31 anni. Invece, nei dati del progetto DAWN (Drug Abuse Warning Network) che raccoglie le informazioni relative a soggetti consumatori di cocaina, oppiacei, cannabinoidi e altre droghe (ma non alcool), afferenti ai Dipartimenti di emergenza di diversi ospedali rappresentativi di tutto il territorio degli USA ^(46,47), la percentuale di individui di sesso femminile risulta molto più elevata (46,5%), mentre la distribuzione per fasce d'età vede una netta prevalenza (46,7%) di soggetti di età uguale o superiore a 35 anni. Anche i motivi alla base dell'arrivo in Pronto Soccorso e le percentuali di ricovero ospedaliero presentano valori molto diversi nei vari studi scientifici. Nel già citato studio spagnolo ⁽⁴⁵⁾, ad esempio, i motivi del ricorso alle strutture di emergenza sono stati soprattutto sindrome di astinenza (53%) ed "altre condizioni cliniche" (33%), mentre nel presente progetto solamente l'8% degli eroinomani si è presentato al Pronto Soccorso per sindrome di astinenza. In uno studio condotto a Londra nel 1987 ⁽⁴⁸⁾, la causa più frequente di arrivo in Pronto Soccorso è risultata l'overdose, come, d'altra parte, anche nel nostro campione (47,8%) e nei dati 1999 del progetto DAWN (41,9%) ⁽⁴⁷⁾. Relativamente alle percentuali di ricovero dopo l'arrivo in DEA (pari al 57,6% nel nostro studio), si oscilla da un 10% complessivo a Barcellona, al 46,8% negli Stati Uniti (DAWN), fino all'85% del campione londinese. Per quanto riguarda, infine, la distribuzione per principale droga d'abuso, sempre a Barcellona, in uno studio più ampio ma limitato al 1989 ⁽⁴⁹⁾, in cui sono stati presi in considerazione, oltre agli eroinomani (83%), anche i soggetti cocainomani (7% del totale) ed i poliabusatori (10%), i risultati appaiono sostanzialmente in linea con i nostri dati, che vedono una frequenza negli accessi molto più elevata di eroinomani rispetto a cocainomani

(rapporto 4:1), anche se con una quota molto alta di poliabusatori (pari agli eroinomani). Molto diverso appare, invece, il panorama degli USA dai dati del DAWN, dove la percentuale di poliabusatori sul totale è ancora più elevata (56,9%) e, soprattutto, la cocaina rappresenta la sostanza d'abuso principale nei soggetti afferenti al Pronto Soccorso, osservata con frequenza doppia rispetto agli oppiacei e ai cannabinoidi. In generale, comunque, gli studi citati confermano senza dubbio l'utilità dei dati rilevati nelle strutture di Pronto Soccorso ed Emergenza per monitorare l'epidemiologia delle tossicodipendenze, confermando la nostra ipotesi iniziale di "osservatori privilegiati" del fenomeno. Merita in proposito di essere ricordato ancora lo studio effettuato presso il Pronto Soccorso dell'Hospital del Mar a Barcellona nel periodo 1979-1989 che documenta, con inequivocabile chiarezza, la diffusione epidemica dell'abuso di oppiacei negli anni '80, registrando un incremento di casi dai 2 nel 1979 ai più di 3.000 nel 1989 ⁽⁴⁵⁾.

Un ultimo confronto è doveroso, seppure tenendo presente la diversità di ambito assistenziale (territoriale e non ospedaliero, specialistico e non generico), con i dati delle ultime rilevazioni dai servizi pubblici o dai gruppi di lavoro che erogano prestazioni sociosanitarie in materia di alcool-dipendenza ⁽⁵¹⁾, e con quelli del sistema di monitoraggio dell'utenza afferente ai Servizi pubblici per le Tossicodipendenze (Ser.T.) ⁽⁵²⁾. Queste ultime rappresentano le fonti informative maggiormente accreditate ed utilizzate in Italia per lo studio dell'andamento del fenomeno tossicodipendenze. Nel 1998, i soggetti presi in carico dai servizi per la cura dell'alcoldipendenza sono stati di sesso maschile nel 77% dei casi, con un'età media abbastanza elevata (fascia di età modale: 40-49 anni), e solamente nell'8,5% dei casi al loro arrivo presso il servizio è seguito il ricovero ospedaliero, in maggioranza a causa di una sindrome di dipendenza da alcool. Età e sesso dei soggetti alcolisti osservati nel nostro progetto sono molto simili, mentre, come è ovvio aspettarsi trattandosi nel nostro caso di un Pronto Soccorso, sono diversi i dati sulla percentuale di ricoverati (66,2%). Sostanzialmente concordanti, se confrontati con i dati del nostro progetto relativi alle categorie *cocaina*, *eroina* e *poliabuso*, i valori di età media (30 anni), del rapporto maschi/femmine (6,2) e del tipo di sostanza d'abuso assunta primariamente (eroina nell'83,6% dei casi, cannabinoidi 8% e cocaina 4,3%) dei soggetti afferenti ai Ser.T. nel corso del 1999.

L'organizzazione dell'assistenza ai tossicodipendenti, com'è noto, sta attraversando una fase di profonda evoluzione. Il paradigma degli interventi nel campo

delle tossicodipendenze, infatti, si sta spostando sempre più dal servizio, inteso come luogo statico di riferimento cui affluiscono gli utenti, alla cosiddetta "rete di opportunità", intesa come rete di servizi integrati fra loro e di professionalità ed operatori che individuano bisogni articolati ed offrono opportunità diversificate e specifiche agli utenti, ricercando attivamente, nello stesso tempo, il contatto con l'utenza sommersa ed i nuovi consumatori. D'altra parte, nell'ambito della tossicodipendenza, la pluralità delle risorse in gioco mette in discussione la visione del servizio pubblico come unico produttore di risposte, a favore di un servizio pubblico come attore inserito in un processo di interazione con altri attori, formali ed informali, coproduttori di servizi o, comunque, portatori di risorse.

Il modello più indicato attualmente sembra essere quello del "Dipartimento per le tossicodipendenze", da considerarsi come dimensione organizzativa indispensabile per realizzare e facilitare tali interventi "di rete", tipicamente pluridisciplinari ⁽⁵³⁾. Il modello dipartimentale è espressamente citato dall'Accordo Stato-Regioni del 21 gennaio 1999 relativo alla "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" come "valida modalità di affrontare tutti gli aspetti connessi all'abuso di sostanze, nell'ottica dell'integrazione all'interno del comparto sanitario e tra questo ed i servizi sociali. Una struttura dipartimentale, con funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo in relazione a prevenzione, trattamento e riabilitazione di soggetti dipendenti da sostanze, in grado di salvaguardare la specificità di ciascuna tipologia di dipendenza ma contestualmente di ottimizzare l'attività delle diverse professionalità richieste per questi compiti, appare il modello più adeguato dal punto di vista gestionale" ⁽¹⁵⁾.

Lo stesso Accordo Stato-Regioni, tra i diversi modelli organizzativi prospettabili, tenuto conto dell'autonomia di indirizzo regionale, ne individua due tipologie essenziali:

- a. un dipartimento con piena autonomia gestionale, nel quale le unità organizzative aziendali coinvolte operano in condizioni di dipendenza gerarchica da una specifica funzione apicale, che controlla anche le risorse e definisce le convenzioni con le strutture accreditate (*Dipartimento strutturato*);
- b. un dipartimento non dotato, al contrario, di una specifica configurazione gerarchico-amministrativa, al quale afferiscono, mantenendo le specifiche attribuzioni e competenze, le varie realtà coinvolte nell'area assistenziale delle tossicodipendenze, sotto la guida di una figura di coordinamento (*Dipartimento tecnico-funzionale*).

L'Accordo contiene inoltre altri suggerimenti organizzativi come ad esempio la previsione, per entrambi i tipi di dipartimento, di un "comitato ristretto" e di un "comitato allargato". Il comitato ristretto, che nel caso del dipartimento strutturato è limitato alle sole componenti aziendali, nel caso del dipartimento tecnico-funzionale è formato da tutte le strutture che in via prevalente si occupano di tossicodipendenze, sia pubbliche che private, accreditate sulla base di criteri di qualità definiti dalle singole Regioni.

Questi suggerimenti contenuti nell'Accordo Stato-Regioni vanno però letti alla luce della normativa successivamente introdotta dal D.lgs. 229/1999⁽⁵⁴⁾. Il decreto legislativo infatti, se da una parte assegna ai distretti le attività ed i servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze, oltre ad altri servizi ad esse strettamente correlate, come i servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia o i servizi per le patologie da HIV, dall'altra individua espressamente quali dipartimenti strutturati solo il dipartimento di prevenzione ed il dipartimento di salute mentale. Di conseguenza, sembrerebbe farsi strada, nel settore delle tossicodipendenze, il dipartimento tecnico-funzionale che, tra l'altro, potrebbe agevolare in misura maggiore, rispetto al dipartimento strutturato, l'inserimento nella rete assistenziale di strutture esterne all'azienda, sia pubbliche che private.

In termini di progettazione organizzativa strutturale, il dipartimento per le tossicodipendenze, secondo il modello basilare proposto da *Mintzberg*⁽⁵⁵⁾, andrebbe a collocarsi nell'ambito della cosiddetta tecnostruttura sanitaria, che ha come finalità primaria il miglioramento dei processi di funzionamento aziendale⁽⁵⁶⁾. In altri termini, il dipartimento per le tossicodipendenze dovrebbe assumere un ruolo di coordinamento tecnico-scientifico, con prevalenti compiti di elaborazione di linee guida e protocolli tecnici e, soprattutto, di integrazione. In questo senso, il dipartimento per le tossicodipendenze consentirebbe di evitare l'exasperazione dell'organizzazione basata sulle specializzazioni in una logica di separatezza, spesso inefficace rispetto all'esigenza di rispondere correttamente ai bisogni di salute dei tossicodipendenti, e fonte di inefficienze e sprechi in termini di risorse e di parcellizzazione dei sistemi informativi.

Ancora, un dipartimento per le tossicodipendenze di tipo tecnico-funzionale agevolerebbe senza dubbio anche l'inserimento nel programma di assistenza dei presidi ospedalieri e delle aziende ospedaliere. Di ciò d'altra parte fa espressa-

mente menzione il già citato Accordo Stato-Regioni quando raccomanda, a proposito delle attività di assistenza alle persone con problemi di alcolismo, di dedicare particolare attenzione al coordinamento con i reparti ospedalieri che ricoverano soggetti con patologie alcool-correlate. Per questa tipologia di pazienti il ricovero ospedaliero è infatti spesso la prima occasione di contatto con una struttura curante, che pertanto deve essere adeguatamente valorizzata ai fini della prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con adeguati programmi che utilizzino tutte le risorse dipartimentali a disposizione. Sempre nell'Accordo Stato-Regioni è indicata inoltre l'opportunità che personale appartenente a più servizi realizzi collaborazioni progettuali finalizzate a costruire, nel medio termine, una rete di prevenzione/assistenza diretta anche a soggetti a rischio o che usano sostanze senza avere le caratteristiche di consumatori abituali.

Da tutto ciò derivano le linee portanti, sia negli obiettivi che nelle modalità operative, del progetto di ricerca qui descritto. La cosiddetta rete integrata di servizi è stata la consegna principale della Seconda Conferenza Nazionale di Napoli ⁽⁵⁷⁾ e, a distanza di tre anni, della Terza Conferenza Nazionale di Genova ⁽⁵⁸⁾. Ancora su questo tema, la legge quadro n. 328 del 2000 ⁽⁵⁹⁾ riporta importanti indicazioni per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. L'integrazione, tuttavia, appare ancora lontana dal realizzarsi sul panorama nazionale, sebbene siano state fatte nel Paese diverse e significative esperienze che hanno avuto il merito, se non altro, di confermare quanto difficile sia il cammino verso un modello integrato di assistenza. Preliminarmente all'avvio del progetto vero e proprio, il nostro gruppo di ricerca ha condotto una indagine per verificare se vi fossero progetti analoghi in Italia, inviando 150 lettere ai Direttori Sanitari di ospedali medio-grandi dislocati su tutto il territorio nazionale. I risultati, già riferiti in altra sede ⁽¹⁶⁾, hanno evidenziato solamente tre progetti integrati ospedale-territorio, peraltro dedicati prevalentemente agli alcolisti.

Il progetto presentato in questo studio ha inteso offrire un contributo al problema dell'integrazione ospedale-territorio nell'organizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti fornendo, nell'ambito di una grande azienda ospedaliera, un approccio globale ai soggetti con problemi di abuso/dipendenza da droghe, alcool o farmaci, tale da consentire sia un primo intervento sanitario integrato nell'ambito del Pronto Soccorso sia un successivo orientamento verso le strutture territoriali. Il primo grande momento organizzativo del progetto è stato

quello di costituire e gestire, nell'ambito del Dipartimento di Emergenza ed Accettazione, una équipe polispecialistica composta da igienisti, internisti, psichiatri, psicologi, nutrizionisti ed assistenti sociali, dedicata non soltanto ai casi conclamati ma anche alle situazioni sommerse. Il secondo grande momento è stato il tentativo di aggregazione ed integrazione funzionale con le strutture territoriali, quali Ser.T., comunità terapeutiche ed associazioni di volontariato.

Una delle ipotesi alla base del progetto di ricerca era che la condizione di vulnerabilità che spesso caratterizza l'accesso ad un Pronto Soccorso, nei soggetti che fanno uso/abuso di droghe, alcool o farmaci, può rappresentare il momento di apertura di una "finestra terapeutica", in grado di innescare un circolo virtuoso che porti al raggiungimento di importanti traguardi terapeutici e preventivi. L'esperienza maturata e i dati raccolti nel corso del nostro studio sembrano convalidare sufficientemente la nostra ipotesi iniziale. Ci riferiamo soprattutto ai dati relativi alla *compliance al trattamento* che, come già detto precedentemente, è stata da noi intesa come un indicatore dell'atteggiamento positivo del paziente verso l'intervento di assistenza integrata. Tale predisposizione favorevole è risultata decisamente elevata in tutte le categorie d'abuso, aumentando sensibilmente, in modelli statistici di analisi multivariata, se il paziente è cosciente del proprio stato di malattia. Tutto ciò sembra quindi confermare che un'équipe multidisciplinare operante in un Pronto Soccorso può funzionare come efficace polo di aggancio ed indirizzo.

In definitiva, il coinvolgimento del Dipartimento di Emergenza e Accettazione nella rete integrata di servizi per i tossicodipendenti, gli alcolisti, gli abusatori di farmaci ed i soggetti a rischio, al di là del valore di ricerca epidemiologica precedentemente accennato per la raccolta di dati su questo tipo di utenza, si conferma un punto centrale per l'individuazione di situazioni critiche di dipendenza o di soggetti a rischio, sia per un intervento preventivo o di semplice orientamento verso strutture territoriali sia per l'inserimento vero e proprio nella rete di servizi pubblici e privati di recupero e terapia. Tale coinvolgimento, tuttavia, per essere efficace, necessita della formazione di un'apposita équipe multidisciplinare. Questo gruppo di lavoro dovrebbe essere composto da un medico internista, un tossicologo, uno psichiatra e un igienista, con il compito di individuare, avvicinare e orientare il soggetto con problemi di tossicodipendenza durante la visita in Pronto Soccorso. Chiaramente, in molte realtà in cui si opera spesso in un regime

di risorse limitate, non è ipotizzabile la presenza, continuativa e contemporanea, di tutti i professionisti nel Dipartimento di Emergenza e Accettazione; appare invece di impatto minimo e comunque efficace una soluzione intermedia, che preveda il coinvolgimento, a seguito di apposita formazione e sensibilizzazione, di tutte le figure professionali indicate con l'organizzazione di appositi turni. Tutto ciò richiede ovviamente un certo grado di coordinamento tra le diverse figure professionali.

Deve essere ben chiaro, tuttavia, che le indicazioni scaturite da questo progetto non intendono assegnare all'ospedale, e al DEA in particolare, un ruolo centrale nel sistema di assistenza ai tossicodipendenti. Nell'opinione di chi scrive, infatti, tale ruolo deve continuare ad essere ricoperto dai Ser.T. che, tuttavia, devono avere l'ospedale ed i servizi di Pronto Soccorso tra i loro interlocutori privilegiati. In realtà, anche nel nostro progetto, l'attuazione di collegamenti stabili tra ospedale e servizi operanti sul territorio ha incontrato non poche difficoltà, legate sia alla particolare tipologia di utenti sia ad oggettive difficoltà degli operatori del territorio ed in particolare dei Ser.T., che si trovano ancora in una situazione organizzativa e gestionale per certi versi carente. In ogni caso, è concreta la speranza che la recente autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria assegnata ai distretti con il D.lgs. 229/1999, porti ad un miglioramento sensibile della situazione attuale, magari attraverso la dislocazione stabile presso le strutture ospedaliere di emergenza di personale in servizio presso i Ser.T. in particolare per quel che riguarda gli assistenti sociali, finalizzata al raggiungimento di rapporti e connessioni efficaci con i numerosi servizi pubblici e privati operanti nel settore.

Un'ultima considerazione, infine, vuole riferirsi al ruolo dell'Accademia, chiamata, oggi come non mai, a svolgere un ruolo portante non soltanto nel progresso delle scienze e delle tecnologie ma anche nella costruzione di una società più equa. Il progetto di ricerca *Intervento integrato di accoglienza, trattamento, orientamento ed indirizzo per tossicodipendenti e soggetti a rischio*, che non a caso è stato reso possibile dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri e dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica, ha inteso fornire un contributo, sicuramente non definitivo ma comunque rigoroso, alla gestione interdisciplinare degli interventi nell'ambito della tossicodipendenza, inserendosi, inoltre, nel ruolo che l'Igiene ormai da tempo va maturando nel campo della programmazione e della organizzazione dei servizi sanitari.

Bibliografia

- (1) Erickson PG, Riley DM, Cheung YW (eds). *Harm reduction: a new direction for drug policies and programs*. University of Toronto Press, Toronto, 1997.
- (2) Erickson PG, Riley DM, Cheung YW, O'Hare P. *The search for harm reduction*. In: Erickson PG, Riley DM, Cheung YW (eds). *Harm reduction: a new direction for drug policies and programs*. University of Toronto Press, Toronto, 1997.
- (3) Zuffa G. *I drogati e gli altri. Le politiche di riduzione del danno*. Sellerio Editore, Palermo, 2001.
- (4) Allegra SF, De Vendictis G, Mancini F, Napolitano G. *La lotta alla droga nell'Unione Europea*. Salute e Territorio, 2000; 121:146-153.
- (5) O'Hare P, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E (eds). *The reduction of drug-related harm*. Routledge, New York, 1992. Trad. it. *La riduzione del danno*. Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1994.
- (6) Newcombe R. *La riduzione del danno correlato all'uso di droga. Una definizione concettuale per la teoria, la pratica e la ricerca*. In: O'Hare P, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E (eds). *La riduzione del danno*. Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1994.
- (7) Heather N, Wodak A, Nadelmann E, O'Hare P (eds). *Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to science*. Whurr Publishers, London, 1993.
- (8) Nadelmann E. *Progressive legalizers, progressive prohibitionists and the reduction of drug related harm*. In: Heather N, Wodak A, Nadelmann E, O'Hare P (eds). *Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to science*. Whurr Publishers, London, 1993.
- (9) Grosso L. *Riduzione del danno e liberazione dalla droga: un'alleanza possibile*. In: O'Hare P, Newcombe R, Matthews A, Buning EC, Drucker E (eds). *La riduzione del danno*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1994.
- (10) Legge n. 685 del 22.12.1975. *Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*. Gazzetta Ufficiale del 30.12.1975, n. 342.
- (11) Decreto Ministeriale del 7.8.1980. *Regolamentazione dell'impiego di farmaci ad azione analgesico-narcotica nel trattamento dei tossicodipendenti*. Gazzetta Ufficiale dell'11.08.1980, n. 219.
- (12) Decreto Ministeriale del 10.10.1980. *Impiego di preparati a base di metadone e morfina per il trattamento dei tossicodipendenti*. Gazzetta Ufficiale del 13.10.1980, n. 281.
- (13) Grasso GM, Ferraro G, Angelillo IF, Saggiocco G, Annino I, Montanaro D. *Interventi in tema di assistenza e di prevenzione della tossicodipendenza*. L'Igiene Moderna, 1989;92:278-307.
- (14) Decreto del Presidente della Repubblica del 9.10.1990, n. 309. *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*. Suppl. Ord. n.67, Gazzetta Ufficiale del 31.10.1990, n. 255.
- (15) Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. *Accordo Stato-Regioni del 21.1.1999 per la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti*. Gazzetta Ufficiale del 15.3.1999, n. 61.
- (16) Boccia A, Tassoni A, Boccia R, Perria C. *Alcolismo e tossicodipendenza: prime riflessioni sull'avvio di un progetto integrato di assistenza in ambito ospedaliero*. Igiene e Sanità Pubblica, 1999;6:520-535.
- (17) Antonilli L, Suriano C, Grassi MC, Nencini P. *Analysis of cocaethylene, benzoylecgonine and cocaine in human urine by high-performance thin-layer chromatography with ultraviolet detection: a comparison with high-performance liquid chromatography*. Journal of Chromatography B, Biomedical Sciences Application, 2001;751:19-27.
- (18) Grassi MC, Pisetzky F, Nencini P. *L'approccio tossicologico alla clinica delle tossicodipendenze: scelta ragionata delle scale di intensità della dipendenza*. Annali dell'Istituto Superiore della Sanità, 2000;36:3-8.

- (19) Gossop M, Darke S, Griffiths P, Hando J, Powis B, Hall W, Strang J. *The severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users*. *Addiction*, 1995;90:607-614.
- (20) Mayfield DG, McLeod G, Hal P. *The CAGE questionnaire. Validation of a new alcoholism screening instrument*. *American Journal of Psychiatry*, 1974;131:1121-1123.
- (21) Ewing JA. *Detecting alcoholism. The CAGE Questionnaire*. *JAMA*, 1984;252:1905-1907.
- (22) Nicholson AN. *Visual analogic scales and drug effects in man*. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1978;6:3-4.
- (23) Maxwell C. *Sensitivity and accuracy of the visual analogical scale. A psycho-physical classroom experiment*. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1978;6:15-24.
- (24) Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. *Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar)*. *British Journal of Addiction*, 1986;84:1353-1357.
- (25) Jasinski DR. *Assessment of the abuse potential of morphine-like drugs (methods used in man)*. In: Martin IWR (ed). *Drug addiction*. Springer-Verlag, Berlin, 1977.
- (26) Fairburn CG, Cooper Z. *The eating disorder examination*. In: Fairburn CG, Wilson GT (eds). *Binge Eating: Nature, assessment and treatment* (12th ed). Guilford, New York, 1993.
- (27) StataCorp. *Stata Statistical Software: Release 6.0*. Stata Corporation. College Station, TX, 1999.
- (28) Pagano M, Gauvreau K. *Biostatistica*. Guido Gnocchi Editore, Napoli, 1994.
- (29) Altés J, Dolz C, Obrador A, Forteza-Rei J. *Prevalence of protein-energy malnutrition in heroin addicts hospitalized for detoxication*. *Journal of Clinical Nutrition Gastroenterology*, 1988;3:55-58.
- (30) Santolaria-Fernandez F, Gomez-Sirvent JL, Gonzalez-Reimers E, Batista-Lopez JN, Jorge-Hernandez JA, Rodriguez-Moreno F, Martinez-Riera A, Fernandez-Garcia MT. *Nutritional assessment of drug addicts*. *Drug and Alcohol Dependence*, 1995;38:11-18.
- (31) Gambera SE, Clarke JA. *Comment on dietary intake of drug-dependent person*. *Journal of American Dietologist Association*, 1976;68:155-157.
- (32) Crepaldi G, Belfiore F, Bosello O, Caviezel F, Contaldo F, Enzi G, Melchionda N. *Italian Consensus Conference – overweight, obesity and health*. *International Journal of Obesity*, 1991;15:781-790.
- (33) Pagano R, La Vecchia C. *Overweight and obesity in Italy, 1990-91*. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 1994;18:665-669.
- (34) LiGIO '99. *Linee Guida Italiane Obesità*. Edizioni Pendragon, Bologna, 1999.
- (35) Ford ES, Williamson DF, Liu S. *Weight change and diabetes incidence: findings from a national cohort of US adults*. *American Journal of Epidemiology*, 1997;146:214-222.
- (36) Han TS, Tijhuis MA, Lean ME, Seidell JC. *Quality of life in relation to overweight and body fat distribution*. *American Journal of Public Health*, 1998;88:1814-1820.
- (37) Maccari S, Bassi C, Zanoni P, Plancher AC. *Plasma cholesterol and triglycerides in heroin addicts*. *Drug Alcohol Dependence*, 1991;29:183-187.
- (38) Taroni F. *DRG/ROD e Nuovo Sistema di Finanziamento degli Ospedali*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1996.
- (39) Taroni F, Curcio Rubertini B, Lattanzi A. *I diagnosis related groups (DRGs) per la valutazione dell'attività ospedaliera*. Editrice CLUEB Bologna – Regione Emilia Romagna, 1991.
- (40) Langiano T. *DRG: Strategie, valutazione, monitoraggio*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997.
- (41) Nonis M, Corvino G, Fortino A. *La scheda di dimissione ospedaliera*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997.

- (42) Manzoli L, Barone AP, Boccia A. *Analisi dei costi e approccio alla valutazione economica dell'assistenza ai soggetti tossicodipendenti. Risultati preliminari*. Atti del 39° Convegno Naz.le della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, Ferrara, 24-27 Settembre 2000.
- (43) Ministero della Sanità. *Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*. Suppl. Ord. n.201, Gazzetta Ufficiale del 10.12.1998, n. 288. <http://www.sanita.it/psn/psn9800.htm>
- (44) Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. *Using the hospital emergency department as a regular source of care*. European Journal of Epidemiology, 1997;13:223-228.
- (45) Domingo A, Antò JM, Cami J. *Epidemiological surveillance of opioid-related episodes in an emergency room of Barcelona, Spain (1979-1989)*. British Journal of Addiction, 1991;86:1459-1466.
- (46) Kopstein A. *Drug abuse related emergency room episodes in the United States*. British Journal of Addiction, 1992;87:1071-1075.
- (47) DAWN *Detailed Emergency Department Tables*, 1999. [www.samhsa.gov/statistics/statistics.html]
- (48) Ghodse AH, Stapleton J, Edwards G, Edeh J. *Monitoring changing patterns of drug dependence in accident and emergency departments*. Drug and Alcohol Dependence, 1987;19:265-269.
- (49) Domingo-Salvany A, Hartnoll RL, Antò JM, *Opiate and cocaine consumers attending Barcelona emergency room: a one year survey (1989)*. Addiction, 1993;88:1247-1256.
- (50) Azienda Policlinico Umberto I. *Rapporto trimestrale sull'attività assistenziale*. Roma, Aprile 2000.
- (51) Ministero della Sanità. Sistema Informativo Sanitario. Dipartimento della Prevenzione. Ufficio Dipendenze da farmaci e sostanze d'abuso e AIDS. *Rilevazione attività nel settore dell'alcooldipendenza. Anni 1997-1998*. Roma, novembre 2000. [www.sanita.it/Sanita/bacheca/alcolismo/default.htm].
- (52) Ministero della Sanità. Sistema Informativo Sanitario. Dipartimento della Prevenzione. Ufficio Dipendenze da farmaci e sostanze d'abuso e AIDS. *Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze. Anno 1999*. Roma, novembre 2000. [www.sanita.it/sanita/bacheca/tossicodipendenza/default.htm].
- (53) Guiducci P. *Dal mondo dei Ser. T. alla logica dipartimentale. La questione dipendenze oggi*. ASI, 1998;41:32-43.
- (54) Decreto Legislativo 19.6.1999 n. 229. *Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*. Suppl. Ord. n. 132/L, Gazzetta Ufficiale del 16.7.1999, n. 165.
- (55) Mintzberg H. *Structure in five. Designing effective organisations*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1983.
- (56) Bergamaschi M. *La progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie*. In: Bergamaschi M (ed). *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*. Edizioni Mc Graw-Hill, Milano, 2000.
- (57) Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali. *Atti della Seconda Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e sull'alcooldipendenza*. Napoli, 13-15 Marzo 1997.
- (58) Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali. *Atti della Terza Conferenza Nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope*. Genova, 28-30 Novembre 2000.
- (59) Legge n. 328 del 8.11.2000. *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. Suppl. Ord. n.186, Gazzetta Ufficiale del 13.11.2000, n. 265.

Referente: Antonio Boccia

Dip. di Medicina Sperimentale e Patologia - Università degli Studi La Sapienza

Viale Regina Elena, 324, 00161 Roma

tel. 06 4452307 – fax 06 49972473 - e-mail antonio.boccia@uniroma1.it

Gli studi condotti in questi ultimi decenni hanno documentato profondi mutamenti quali-quantitativi dell'aria indoor, con un progressivo aumento in assoluto delle sostanze inquinanti. In Italia, a seguito della crisi delle risorse energetiche mondiali, si sono imposti nuovi criteri tecnico-progettuali per gli edifici ad uso civile. La necessità di contenere i consumi per il riscaldamento e per la ventilazione ha imposto un migliore isolamento termico degli edifici, con conseguente spinta a sigillare gli ambienti interni ed a sostituire le modalità naturali di aerazione ed illuminazione con mezzi artificiali. Alle trasformazioni strutturali degli edifici si sono accompagnate modifiche rilevanti degli arredi (nuovi materiali per mobili, rivestimenti, ecc.) e degli strumenti di lavoro e di ricreazione (crescente impiego di apparecchi elettromeccanici ed elettronici).

Si comprende come molte attività degli occupanti contribuiscono ad inquinare l'aria degli ambienti chiusi. Uno dei fattori più importanti è sicuramente il fumo di tabacco, oltre ai processi di combustione. Altre possibili fonti di inquinamento sono i prodotti per la pulizia e la manutenzione della casa, gli antiparassitari e l'uso di colle, adesivi, solventi eccetera. Possono determinare una emissione importante di sostanze inquinanti l'utilizzo di strumenti di lavoro quali stampanti, plotter e fotocopiatrici e prodotti per l'hobbistica (es. colle). Un'altra importante fonte di inquinamento indoor sono i materiali utilizzati per la costruzione (es. isolamenti contenenti amianto) e l'arredamento (es. mobili fabbricati con legno truciolare o trattati con antiparassitari, moquettes, rivestimenti). Infine, il mal-funzionamento del sistema di ventilazione o una errata collocazione delle prese d'aria in prossimità di aree ad elevato inquinamento (es. vie ad alto traffico, parcheggio sotterraneo, autofficina) possono determinare un'importante penetrazione dall'esterno di inquinanti. I sistemi di condizionamento dell'aria possono, inoltre, diventare terreno di coltura per muffe e altri contaminanti biologici e diffondere tali agenti in tutto l'edificio.

Si comprende come l'elenco degli inquinanti, che possono essere presenti negli ambienti confinati non-industriali, è particolarmente lungo e fa riferimento sostanzialmente a tre categorie: inquinanti chimici, fisici e biologici. Tra i primi gli ossidi di azoto, gli ossidi di zolfo, il monossido di carbonio, l'ozono, il particolato aerodisperso, i composti organici volatili, il benzene, la formaldeide, gli idrocarburi aromatici policiclici, il fumo di tabacco ambientale, il fumo di legna, gli antiparassitari, l'amianto, le fibre minerali sintetiche. Il radon è il più importante degli

inquinanti fisici. Innumerevoli, ed ancora oggetto di studio, i contaminanti microbiologici in termini di microrganismi patogeni ma anche di allergeni ed altre sostanze di natura biologica.

Un'intera biblioteca non basterebbe a raccogliere gli studi epidemiologici eseguiti per determinare gli effetti sulla salute della IAQ. Le patologie aventi un quadro clinico ben definito e per le quali può essere identificato uno specifico agente causale presente nell'ambiente confinato vengono incluse nel gruppo delle cosiddette "Malattie associate agli edifici o *Building-related illness (BRI)*". Vi sono comprese le patologie causate da specifici agenti biologici, chimici e fisici (polveri, formaldeide, radon, amianto, ecc.). Nel complesso si tratta di patologie a carico dell'apparato respiratorio, della cute, delle mucose esposte, del sistema nervoso e del sistema immunologico, come malattie respiratorie, asma, febbre da umidificatori, alveolite allergica, legionellosi, eccetera. Oltre a queste patologie ben definite si possono manifestare sintomatologie, molto frequenti, caratterizzate da effetti neurosensoriali che determinano condizioni di malessere, diminuzione del comfort degli occupanti e percezione negativa della qualità dell'aria. In questo contesto la "Sindrome dell'edificio malato o *Sick-Building Syndrome (SBS)*" viene definita come una sindrome caratterizzata da sintomi che vengono lamentati dalla maggior parte degli occupanti di un edificio attribuibile a cause in parte ancora poco conosciute. Ed è stata anche descritta una particolare "Sindrome da sensibilità chimica multipla o *Multiple Chemical Sensitivity syndrome (MCS)*" caratterizzata da reazioni negative dell'organismo a agenti chimici ed ambientali presenti a concentrazioni generalmente tollerate dalla maggioranza dei soggetti.

Il confine tra effetti sulla salute ed effetti irritativi e di comfort attribuibili alla qualità dell'aria indoor è quanto mai labile. Comfort ambientale e benessere microclimatico si riferiscono ad una condizione dell'aria percepita come ottimale dal soggetto dal punto di vista delle proprietà sia fisiche (temperatura, umidità, ventilazione) che chimiche (aria "pulita" o "fresca"). Il microclima (complesso dei parametri ambientali che condizionano lo scambio termico soggetto - ambiente), unitamente all'inquinamento chimico, incide in maniera significativa sulla qualità degli ambienti in cui si vive e si lavora e quindi sul benessere delle persone. In effetti il conseguimento del benessere termico, cioè lo stato di piena soddisfazione nei confronti dell'ambiente stesso, costituisce una condizione indispensabile e prioritaria per il conseguimento del benessere totale.

Non vi è dubbio che la qualità dell'aria confinata deve essere considerata un vero problema di sanità pubblica in quanto determina un impatto sulla popolazione in termini non solo di effetti sanitari, costi diretti per l'assistenza medica, ma di ordine economico generale. Anche se non sono disponibili dati ed informazioni del tutto esaurienti si può stimare la dimensione del problema secondo la tavola 1.

Tavola 1

Valutazione quantitativa dell'impatto sulla salute della popolazione e dei costi diretti (in Lire) per l'assistenza sanitaria attribuibili ogni anno agli inquinanti indoor in Italia

<i>Inquinante</i>	<i>Malattia</i>	<i>Impatto sanitario</i>	<i>Costi diretti</i>
Allergeni (acari, muffe, forfore animali)	Asma bronchiale (bambini/ adolescenti)	>160.000 casi prevalenti /anno	>160 miliardi
Radon	Tumore del polmone	1.500- 6.000 decessi /anno	52-210 miliardi
Fumo di tabacco ambientale	Asma bronchiale (bambini/ adolescenti) Infezioni acute delle vie aeree sup. ed inf. Tumore del polmone Infarto del miocardio	>30.000 casi prevalenti/anno >50.000 nuovi casi /anno >500 decessi /anno >900 decessi /anno	>30 miliardi non valutabile >18 miliardi >15 miliardi
Benzene	Leucemia	36-190 casi/anno	1-7 miliardi
Monossido di carbonio (CO)	Intossicazione acuta da CO	>200 decessi /anno	1 miliardo

Il programma di prevenzione indoor

Per quanto riguarda la seconda parte dell'Accordo, programma di prevenzione per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati, va innanzitutto premesso che scopo principale delle Linee-guida è realizzare un'occasione di dialogo, di concertazione e coordinamento tra i diversi livelli organizzativi istituzionali

sugli obiettivi di promozione della salute e di prevenzione primaria nel settore degli ambienti confinati e di stimolare la progettazione ispirata ai bisogni locali sulla base delle indicazioni internazionali e dei dati nazionali.

Il Programma nazionale di prevenzione indoor mira a perseguire una serie di obiettivi generali e specifici, individuando così le priorità negli ambiti d'intervento, fra cui in particolare:

1. privilegiare gli interventi di prevenzione previsti dal *Piano sanitario nazionale* e per i quali esiste documentazione scientifica della loro efficacia nel ridurre l'esposizione della popolazione e/o nel ridurre le patologie correlate all'inquinamento;
2. gli interventi di prevenzione devono affrontare in modo prioritario i temi delle disuguaglianze dello stato di salute e favorire comportamenti e stili di vita improntati alla salute ed al miglioramento della qualità della vita.

La realizzazione degli obiettivi strategici e specifici per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati deve favorire l'integrazione dei servizi e degli interventi per la tutela della salute sia nell'ambito dei settori della sanità, sia tra settori diversi: sociale, ambientale, educativo ed altro, attivando uno strumento capace di analizzare, orientare e valorizzare le iniziative di promozione e di tutela della salute nella programmazione ai diversi livelli (nazionale, regionale e locale), che si traduca in strategie condivise per obiettivi comuni.

Vengono quindi proposte una serie di azioni a livello normativo e tecnico che riguardano i requisiti funzionali degli ambienti e gli standard/valori guida di qualità dell'aria; la prevenzione ambientale nelle scuole; la prevenzione ambientale nelle civili abitazioni; la progettazione, costruzione e gestione degli edifici; interventi di natura informativa e formativa (educazione sanitaria); e attività di ricerca.

Le linee strategiche

per la messa in opera del programma di prevenzione indoor

Per quanto riguarda la terza ed ultima parte dell'Accordo, linee strategiche e strumenti per la messa in opera del programma di prevenzione indoor, si propone, in linea con gli indirizzi del vigente *Piano sanitario nazionale*, di avviare nel Paese un vero e proprio "patto" che impegni le istituzioni ed una pluralità di soggetti, in primo luogo i cittadini in quanto la tutela e la promozione della salute negli ambienti indoor presuppone l'assunzione da parte di tutti i cittadini di una

responsabilità personale e consapevole nei confronti dei rischi presenti negli ambienti di vita e di lavoro, avvalendosi di tutti gli organismi di partecipazione e concertazione, utili a migliorare le conoscenze sulla prevenzione e gestione di tali rischi.

Risulta fondamentale, ai fini di un'efficace realizzazione del progetto, richiedere ed ottenere il coinvolgimento dei lavoratori, gestori degli stabili, progettisti, costruttori, ditte interessate alla produzione di materiali e di attrezzature per la casa e quelle che sovrintendono alla manutenzione degli stabili, non escludendo le responsabilità dirette dei soggetti e realtà operative interne ed esterne al SSN.

Le linee strategiche che possono essere realizzate contemporaneamente o in sequenza, a seconda delle finalità a cui sono destinate e delle reali possibilità di intervento, dovrebbero riguardare:

1. la predisposizione di dati nazionali per un quadro conoscitivo della IAQ;
2. le linee guida sulla IAQ per i diversi tipi di ambienti confinati;
3. gli standard di ventilazione;
4. il registro degli inquinanti indoor;
5. i protocolli relativi alla manutenzione dei sistemi di aerazione;
6. i codici costruttivi;
7. l'identificazione dei prodotti con bassa emissività di inquinanti utilizzati negli ambienti interni, tramite etichettatura;
8. l'accreditamento degli operatori nella IAQ;
9. la localizzazione, progettazione e costruzione degli edifici;
10. l'aggiornamento della normativa e la stesura di un protocollo tecnico-operativo;
11. una indispensabile verifica delle azioni.

Anche se alcune linee strategiche non risultano facilmente perseguibili, la loro indicazione dovrebbe essenzialmente promuovere ed implementare le iniziative di prevenzione dei rischi da inquinamento indoor, inserendole nella programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale, e creando un'occasione di dialogo, di concertazione e coordinamento tra i diversi livelli organizzativi istituzionali.

Note

- ⁽¹⁾ Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Accordo 27 settembre 2001: *Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le*

Province autonome sul documento concernente: «Linee-guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati» (SO n. 252 della GU n. 276 del 27 novembre 2001)

- ⁽²⁾ L'attenzione ai fattori nocivi per la salute presenti nell'aria delle abitazioni ha interessato, per millenni, in primo luogo gli architetti e poi gli operatori di sanità pubblica. I fenomeni di accentuata urbanizzazione alla fine del secolo scorso hanno creato problemi di Igiene ambientale legati al sovraffollamento abitativo, alla difesa termica, all'approvvigionamento idrico, all'allontanamento dei rifiuti liquidi e solidi, al traffico automobilistico ed hanno richiesto lo studio dei fattori nocivi e delle tecniche per un loro allontanamento. Risalgono ai primi decenni del XX secolo i grandi interventi di risanamento ambientale urbano che comprendevano anche programmi di bonifica delle abitazioni. Ed a quell'epoca furono emanate le norme igieniche a cui si ispira la attuale vigente legislazione (in particolare regolamenti sanitari e regolamenti edilizi comunali) (Cfr. Società italiana di Igiene, medicina preventiva e sanità pubblica: *Il futuro dei regolamenti locali di Igiene*. Conferenza interregionale, Roma maggio 1997. IgSanPubbl n. 5, 1997).
- ⁽³⁾ Con il DPR 25 febbraio 1993 veniva indetto il referendum per l'abrogazione di tutte le norme che attribuivano alle Usl la funzione di controllo ambientale. All'esito positivo del referendum è seguita l'emanazione del DL 4 dicembre 1993, n. 496: *Disposizioni urgenti sulla riorganizzazione dei controlli amministrativi ed istituzione dell'Agenzia nazionale per la protezione dell'ambiente* (GU n. 285 del 4 dicembre 1993) convertito nella legge 21 gennaio 1994, n. 61 (GU n. 21 del 27 gennaio 1994).
- ⁽⁴⁾ Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 concernente *Modifiche al titolo V della parte II della Costituzione* (GU n. 248 del 24 ottobre 2001).
- ⁽⁵⁾ Con decreto ministeriale 8 aprile 1998, è stata istituita presso l'ex Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Sanità (ora Ministero della Salute) la *Commissione indoor*, con il compito di fornire linee di indirizzo tecnico volte a promuovere lo sviluppo di iniziative di prevenzione primaria e secondaria in materia di inquinamento degli ambienti confinati e per l'approfondimento delle conoscenze sulle cause d'inquinamento e del relativo impatto sulla salute.

Todros T, Vanara F (a cura di)

Nascere nel 2000. Riflessioni per una moderna programmazione

Il Mulino, Collana della Fondazione Smith Kline, Bologna, 2001 – p. 440, L. 66.000.

Il volume, curato da Tullia Todros (Professore di Ginecologia e Ostetricia all'Università di Torino e responsabile dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia ad indirizzo materno-fetale dell'Azienda Ospedaliera OIRM-Sant'Anna di Torino) e Francesca Vanara (economista sanitaria, responsabile del Centro Studi della Fondazione Smith Kline e Direttore Scientifico dell'Istituto per l'Analisi dello Stato Sociale di Milano), offre un quadro d'insieme su come si è evoluto in questi ultimi decenni il modo di affrontare la nascita nella nostra società. Abituati come siamo a dedicare attenzione ed impegno solo ad aspetti con forti valenze etiche ed ancor più forti contrapposizioni ideologiche e pratiche (aborto, fecondazione assistita, ecc.) ci potremmo essere dimenticati che anche in questo periodo della vita la forma dell'assistenza è indispensabile per poter prestare un servizio che sia allo stesso tempo umano, utile nell'ottica preventiva, diagnostica e terapeutica, e compatibile rispetto alla disponibilità di risorse.

La prima parte del volume ("Epidemiologia, valutazione e programmazione") raccoglie una serie di contributi che delineano gli aspetti epidemiologici e le modalità organizzative della nascita oggi in Italia, con particolare attenzione agli aspetti valutativi e programmatori del processo assistenziale. Il primo capitolo riporta l'elaborazione dei dati ufficiali relativi alle caratteristiche socio-demografiche ed illustra i risultati originali di una ricerca promossa dall'Istituto Superiore di Sanità sulla valutazione dell'assistenza alla gravidanza, al parto ed al puerperio nel nostro Paese (Donati, Grandolfo, Patriarca, Spinelli). Da esso emerge che l'assistenza ha raggiunto livelli soddisfacenti (il rischio di natimortalità si è quasi dimezzato a partire dai primi anni '80, la percentuale di donne assistite durante la gravidanza ha superato il 90%, la totalità dei parti viene assistita da operatori sanitari e la percentuale di nati da parto pretermine e quella di nati di peso inferiore a 2500g si è stabilizzata intorno al 6%), anche se la realtà italiana è caratterizzata dalla progressiva medicalizzazione dell'evento nascita (di cui l'eccessivo ricorso al taglio cesareo rappresenta la manifestazione più esasperata), dall'estrema parcellizzazione dei punti nascita, dalla mancanza di continuità nell'assistenza e da una rilevante variabilità territoriale. Nel recente progetto-obiettivo nazionale materno-infantile, illustrato nel capitolo successivo, si

danno infatti indicazioni per la realizzazione di un sistema fortemente integrato grazie alla collaborazione tra gli operatori dei diversi ambiti assistenziali (ospedaliero e territoriale, sanitario e sociale), secondo un modello organizzativo di tipo dipartimentale (Oleari, D'Ippolito, Ascone). Esperienze di realtà che hanno già adottato indirizzi analoghi a quelli individuati nel progetto-obiettivo sono illustrate nei contributi di Simon, per il Friuli Venezia Giulia, e Di Lallo - Perucci, per la Regione Lazio.

Nella seconda parte del libro ("Riflessioni sui mutamenti in atto"), vengono illustrati, sotto diversi profili, i mutamenti che si sono verificati negli ultimi decenni nel complesso del percorso nascita: da quello più strettamente clinico e professionale (Todros; Serafini, Roascio) a quello sociologico (Pizzini) a quello psicologico e psicoanalitico (Bestetti; Scotto di Fasano). Emerge il quadro attuale, variegato e contraddittorio, alla ricerca di una sintesi fra l'esasperata medicalizzazione e la altrettanto esasperata ricerca della naturalità, fra l'esclusivo interesse alla salute della madre ed il prevalere della centralità del feto. I cambiamenti di sensibilità avvenuti nelle donne e negli operatori sono stati profondamente influenzati dalla disponibilità delle nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche: le nuove metodiche, utili nel trattamento di gravidanze e parti a rischio o patologici, sono state però diffuse acriticamente e senza verifica di efficacia a tutte le gravidanze. Emerge che l'attenzione agli aspetti statistico-epidemiologici, alle prove di efficacia ed alle linee guida è del tutto recente e non ancora ben radicata in campo ostetrico.

Nella terza parte ("Aspetti critici"), vengono discusse le peculiarità della introduzione di tali concetti nel campo specifico, con la descrizione di quanto realizzato fino ad oggi in Italia (Giambanco, "Evidence based medicine e linee guida in medicina materno-fetale"). In quest'ultima parte del libro, sono affrontati altri aspetti critici, per i loro risvolti etici, ma anche economici (per le scelte fondamentali di tipo allocativo che la collettività è chiamata ad esprimere, con la conseguente individuazione di priorità da soddisfare): la procreazione assistita (Francesconi), la diagnosi prenatale (Dalla Piccola) e il neonato critico (Cuttini). Infine, vengono proposti il punto di vista del medico legale (Iorio) e del magistrato (Vitari): nel decennio 1980-90, un terzo delle sentenze della Cassazione in tema di responsabilità penale medica ha riguardato specialisti ostetrici e ginecologi. L'interesse per le questioni più squisitamente giuridiche riguarda anche le donne utenti, in quanto preoccupazioni circa le eventuali azioni legali influiscono negativamente sulle scelte cliniche, contribuendo all'attuazione della cosiddetta medicina difensiva (ricorso ad esami non necessari per la diagnosi o la terapia, ma finalizzati a tutelare l'operatore): esse potrebbero venire superate grazie ad una migliore comunicazione tra operatore e persona assistita.

Igiene e Sanità Pubblica

Direttore Responsabile
Augusto Panà

Direttore Editoriale
Armando Muzzi

Comitato Scientifico

*Giovanni Berlinguer, Antonio Boccia, Vittorio Carreri, Gaetano M. Fara,
Giuseppe Giammanco, Antonino Gullotti, Elio Guzzanti, Alessandro Maida,
Cesare Meloni, Bruno Paccagnella, Gianfranco Tarsitani, Giancarlo Vanini*

Redazione

*Osservatorio sui Servizi Sanitari
Cattedra di Igiene e Medicina Preventiva - Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Roma Tor Vergata*

Caporedattore
Giuseppe Cananzi

Coordinatore
Natalia Buzzi

Gruppo di Lavoro

Graziella Rocca, Anna Borgioli, Alessia Restifo, Laura Ricciardi, Deborah Scanzani

Segreteria di Redazione
Simone Arati

Impaginazione e Grafica
Nebo Ricerche PA

Traduzioni a cura di
Henrike Berg, Ilaria Restifo

Hanno collaborato a questo numero

*B. Adamo, R. Appignanesi, A.P. Barone, P. Beltrami, E. Bianco,
A. Boccia, R. Bonetti, A. Brenna, R. Bucci, S. Cimica, M. Cova,
M.M. D'Errico, A. De Martino, M. Garavani, G. Gemelli, S. Iannazzo,
L. Manzoli, R. Marchetti, C. Marena, C. Meloni,
S. Petti, G. Poda, E. Prospero, P. Ragni, I. Richichi, R. Rotili,
A. Simonetti, F. Vaia, P. Villari, V. Wenzel.*

Garanzia di riservatezza

Il trattamento dei dati personali che riguardano Autori e Abbonati viene svolto nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge n. 675 del 1996 sulla Tutela dei dati personali. I dati non saranno comunicati o diffusi a terzi e per essi l'Autore o l'Abbonato potrà richiedere, in qualsiasi momento, la modifica o la cancellazione, scrivendo all'Editore.

Igiene e Sanità Pubblica - Periodico bimestrale a carattere scientifico - Reg. Trib. di Roma n. 4198 del 19.10.1954

Proprietà artistica e letteraria riservata

Realizzato con il contributo dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Associato all'Unione Stampa Periodica Italiana - USPI

Accreditato SItI - Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica
